

République du Cameroun
Paix –Travail –Patrie

Ministère de la Santé Publique



Republic of Cameroon
Peace-Work-Fatherland

Ministry of Public Health

RAPPORT D'ÉVALUATION FINALE DE LA STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE (SSS) 2001-2015



**RAPPORT D'ÉVALUATION FINALE
DE LA STRATEGIE SECTORIELLE
DE SANTE (SSS) 2001-2015**

Août 2015

Comité technique de rédaction

Coordination générale:

- *Monsieur MAMA FOU DA André*
Ministre de la Santé Publique
- *Monsieur HAYATOU Alim*
Secrétaire d'Etat à la Santé Publique

Supervision générale :

- *Pr. KOULLA-SHIRO Sinata*
Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique

Supervision Technique:

- *Pr. KINGUE Samuel*
Conseiller Technique N°3, Vice-Président du GTT

Coordination Technique:

- *Dr MATSEZOU Jacqueline*
Coordonnateur du Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (ST/CP-SSS)
- *Dr NZIMA NZIMA Valery*
Expert de Santé Publique (ST/CP-SSS)

Remerciements



Les résultats de l'évaluation de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2015 présentés dans ce rapport, constituent le premier jalon pour l'élaboration de la nouvelle stratégie sectorielle de santé. Ce rapport est le fruit d'un travail laborieux et minutieux effectué par l'ensemble des acteurs du système de santé notamment les experts du ministère de la santé publique, du MINEPAT et des ministères partenaires. Je n'oublie pas le rôle décisif de la société civile et celui des consultants tout au long de ce processus, que je remercie infiniment.

Ma gratitude s'adresse également aux partenaires techniques et financiers à l'instar de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le CHAI et l'ONUSIDA qui ont apporté une contribution déterminante dans l'évaluation de la stratégie sectorielle 2001-2015.

André MAMA FOUA
Ministre de la Santé Publique



Résumé exécutif

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2015 a été élaborée dans le but de contribuer à la lutte contre la pauvreté à travers l'amélioration de l'état socio-sanitaire des populations. Cette stratégie avait pour objectif principal « **la viabilisation des districts de santé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement** ». Elle avait en outre 5 objectifs spécifiques : (i) amener 80% des 178 districts de santé existants à achever au moins la phase de consolidation du processus de viabilisation d'un district de Santé; (ii) amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation recours; (iii) réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables; (iv) réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans; et (v) réduire de 2/5 la mortalité maternelle.

L'élaboration de la SSS échue a été faite de manière participative, mais l'analyse des déterminants de la santé n'a pas bénéficié du même intérêt que celui accordé aux maladies prioritaires dans la partie « **état des lieux** ». De même, les indicateurs de certains ministères partenaires ont été faiblement pris en compte dans le cadre de résultat de cette stratégie.

Pour sa mise en œuvre, l'approche sectorielle (SWAp) a été préconisée et quatre domaines d'intervention ont été retenus : (i) la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, (ii) la lutte contre la maladie, (iii) la promotion de la santé, et (iv) la viabilisation du district de santé. Par ailleurs, plusieurs outils ont été élaborés suivant une approche bottom-up pour assurer l'opérationnalisation de cette stratégie. Il s'agit entre autres : (i) des plans de développement sanitaire des districts de santé ; (ii) des Plans Régionaux Consolidés de Développement Sanitaire, (iii) du Plan National de Développement Sanitaire ; (iv) des plans de travail annuel élaborés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La présente évaluation avait cinq objectifs majeurs: (i) analyser le processus d'élaboration et le contenu de la SSS 2001-2015 ; (ii) apprécier sa mise en œuvre, son dispositif de suivi-évaluation, ainsi que l'atteinte des résultats ; (iii) recueillir les perceptions et les attentes des bénéficiaires des interventions de santé de cette stratégie ; (iv) recueillir les perceptions et les attentes des acteurs de mise en œuvre de la SSS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire notamment en ce qui concerne la disponibilité de cette stratégie et son utilisation effective; (v) relever puis valoriser les enseignements utiles tirés de la mise en œuvre de cette SSS (leçons apprises) et les capitaliser dans la SSS en cours d'élaboration.

Sur le plan méthodologique, cette évaluation finale a intégré une approche mixte, qualitative et quantitative. Le volet quantitatif repose sur une revue documentaire faite sur un grand nombre de documents et rapports. Le volet qualitatif s'est appuyé sur une approche participative et multisectorielle. L'organisation d'interviews et de groupes de discussion a permis aux différents acteurs du système de santé de livrer leur appréciation sur le processus d'élaboration, le contenu et les difficultés de mise en œuvre de cette stratégie échue.

Evaluation quantitative

L'exploitation des rapports d'enquêtes et d'activités a permis d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs de cette stratégie. Toutefois, en l'absence d'un plan de suivi et d'évaluation, il n'a pas été possible de suivre de manière régulière l'évolution de tous les indicateurs pendant la période de mise en œuvre de la SSS 2001-2015. Cette insuffisance a donc inspiré l'utilisation des proxys pour apprécier certaines performances réalisées dans le secteur.

L'atteinte des objectifs de cette stratégie est partielle. En effet, le processus de viabilisation des districts de santé n'a pas été suivi dans son ensemble. En outre, les capacités des districts étaient surestimées pour la mise en œuvre des interventions planifiées dans la SSS 2001-2015.. Par conséquent cet objectif n'a pas été atteint et la proportion des districts de santé ayant achevé leur consolidation est à ce jour estimé à 7% au lieu des 80% attendus et planifiées dans la SSS échue.

Dans le domaine de la lutte contre la maladie, on note une réduction globale du poids de la maladie de 16,4% en termes de Disability Adjusted Life Years (DALY). Cette réduction concerne principalement les maladies transmissibles avec une baisse de la prévalence et de la mortalité due au VIH/SIDA, au paludisme et aux maladies évitables par la vaccination. À titre illustratif, le taux de mortalité spécifique dû au paludisme en milieu hospitalier est passé de 43% en 2008 à 22,4% en 2013. Si ces progrès sont perceptibles pour les maladies transmissibles, il n'en est pas de même pour les maladies non-transmissibles dont la charge morbide n'a diminué que de 1,4% entre 2000 et 2010, avec une tendance à la hausse à partir de 2005.

Pour ce qui est de la santé de la mère et de l'enfant, la mortalité maternelle n'a cessé d'augmenter depuis 1998, passant de 449 à 782 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 1998 et 2011. La mortalité infanto-juvénile quant à elle, a connu une baisse significative, passant de 144 à 95 décès pour 1000 naissances vivantes entre 2004 et 2013.

En ce qui concerne la promotion de la santé, la réalisation majeure est observée dans la lutte contre la faim qui a permis une réduction de plus de 50% des cas de sous-alimentation. A l'origine des faibles performances observées dans le domaine de la promotion de la santé ou de la prévention de la maladie on peut citer : (i) l'absence d'un plan stratégique national multisectoriel de promotion de la santé décliné à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour orienter de manière cohérente et efficace l'action des acteurs de mise en œuvre des interventions de promotion de santé, et (ii) l'insuffisance des financements alloués aux interventions de promotion de la santé dans le secteur (moins de 3% du budget du MINSANTE est alloué aux activités de promotion de la santé¹).

¹ CDMT 2011-2013

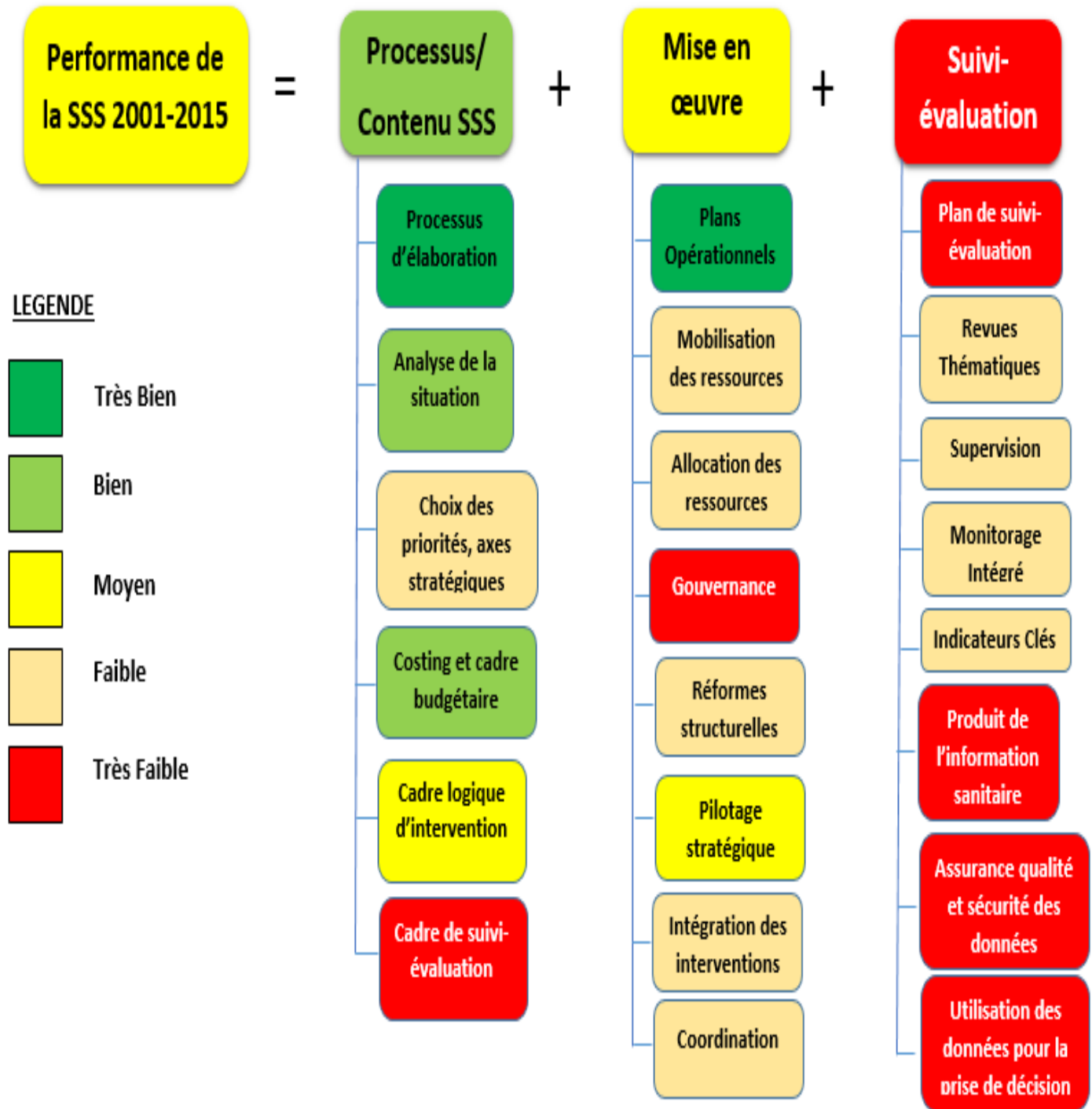
Evaluation qualitative

L'analyse qualitative de la SSS 2001-2015 montre que ses articulations et son contenu sont pertinents. Toutefois, une faible attention a été accordée au développement de certains axes stratégiques notamment l'axe *viabilisation du district de santé*. En effet, les critères d'appréciation du niveau de viabilisation des districts de santé n'ont pas été clairement définis dans la stratégie échue. La mise en œuvre et le suivi-évaluation de cette SSS ont également connu quelques faiblesses (une faible disponibilité des ressources financières pour la mise en œuvre des interventions planifiées, une absence d'un plan de suivi et évaluation, une gouvernance insuffisante dans les formations sanitaires publiques etc.).

En réalité, pour qu'une SSS puisse contribuer efficacement à l'amélioration de l'état de santé des populations, il est nécessaire que :

- son contenu soit pertinent c'est-à-dire cohérent et en adéquation avec les attentes des populations ;
- toutes les ressources pour assurer sa mise en œuvre soient disponibles ;
- la gouvernance et le pilotage stratégique soient renforcés ;
- l'implication de toutes les parties prenantes soit plus forte et cohérente pour une bonne mise en œuvre du principe du three-ones : « One plan, one budget, one monitoring and evaluation framework » ;
- les acteurs de la société civile soient accompagnés et que le contrôle social soit effectif et plus efficace.

L'évaluation qualitative de ce document est représentée de manière synthétique par la figure ci-après.



Résumé synoptique des résultats de l'évaluation qualitative de la SSS 2001-2015

Sommaire

Comité technique de rédaction	i
Remerciements	iii
Résumé exécutif.....	v
Sommaire.....	ix
Acronymes et abréviations.....	xi
Liste des tableaux et graphiques.....	xiii
1 Introduction.....	14
2 Présentation sommaire de la SSS 2001-2015.....	15
2.1. Contexte d'élaboration de la SSS 2001-2015	15
2.2. Principes directeurs de la SSS 2001-2015 (Vision, missions, valeurs, buts).....	15
2.3. Objectifs de la SSS 2001-2015.....	16
2.4. Financement de la SSS 2001-2015.....	16
2.5. Cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation de la SSS 2001-2015	16
3 Objectifs de l'évaluation finale de la SSS 2001-2015	18
4 Démarche méthodologique.....	19
4.1. Évaluation qualitative.....	19
4.1.1. Revue documentaire.....	19
4.1.2. Consultations participatives	20
4.2. Évaluation quantitative (revue documentaire)	22
4.3. Limites de l'évaluation de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001 - 2015.....	22
4.3.1 Pour l'évaluation quantitative	22
4.3.2 Pour l'évaluation qualitative	22
5 Résultats de l'évaluation quantitative.....	23
5.1. Objectifs spécifiques N°1 et 2:.....	23
5.2. Objectif spécifique N°3 :.....	26
5.3. Objectif spécifique N°4 :.....	29
5.4. Objectif spécifique N°5 :.....	29
5.5. Principaux résultats obtenus dans le domaine de la promotion de la santé.....	30
6 Résultats de l'évaluation qualitative	31
6.1. Revue documentaire participative.....	31
6.1.1. Analyse de la situation : clarté et pertinence des priorités retenues	31
6.1.2. Processus: solidité et caractère inclusif des processus d'élaboration et d'approbation de la stratégie sectorielle	35
6.1.3. Coût et cadre budgétaire de la stratégie : solidité et faisabilité.....	38

6.1.4.	Mise en œuvre et gestion : solidité des dispositions et des systèmes de mise en œuvre et de gestion des programmes contenus dans la stratégie sectorielle.....	40
6.1.5.	Suivi, révision et évaluation finale : solidité des mécanismes de révision et d'évaluation et modalités d'utilisation des résultats	46
6.2.	Recueil et analyse des perceptions des bénéficiaires et des acteurs de mise en œuvre de la SSS47	
6.2.1.	Perceptions des bénéficiaires	47
6.2.2.	Perceptions des acteurs du niveau intermédiaire et opérationnel	51
6.2.3.	Perceptions des acteurs du niveau stratégique	53
6.3.	Résumé synoptique des résultats de l'évaluation qualitative de la SSS 2001-2015	57
7	Leçons tirées de la mise en œuvre de la SSS 2001-2015.....	58
7.1.	Promotion de la santé	58
7.2.	Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent	58
7.3.	Lutte contre la maladie	58
7.4.	Viabilisation du district de santé	59
7.4.1.	Offre de services et prestation de soins.....	59
7.4.2.	Médicaments, réactifs et dispositifs médicaux	59
7.4.3.	Financement de la santé	60
7.4.4.	Partenariat et développement des ressources	61
7.4.5.	Processus gestionnaire	61
7.4.6.	Gouvernance	62
8	Recommandations.....	63
8.1.	Pour le Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé 63	
8.2.	Pour le Ministère de la Santé Publique	63
8.3.	Pour les Ministères partenaires	64
8.4.	Pour les Partenaires Techniques et Financiers	64
8.5.	Pour les acteurs de la société civile et les CTD.....	64
	Annexe 1 : Document de protocole et outils de collecte des données	65
	Liste des contributeurs	85

Acronymes et abréviations

ARC	Agent Relais Communautaire
ARMP	Agence de Régulation des Marchés Publics
ARV	Antirétroviraux
BIP	Budget d'Investissement Public
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional
CBMT	Cadre Budgétaire à Moyen Terme
CCIA	Comité de Coordination Inter-Agences
CCM	Country Coordinating Mechanism
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CEPCA	Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun
CIEP	Comité Interministérielle d'Examen des Programmes
COGEDI	Comité de Gestion du District
COGEH	Comité de Gestion de l'Hôpital de district
CONAC	Commission National Anti-Corruption
CONSUPE	Conseil Supérieur de l'Etat
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation Prénatale
CSI	Centre de Santé Intégré
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
CVUC	Communes et Villes Unies du Cameroun
DALY	Disability Adjusted Life Years
DGSN	Direction Générales de la Sécurité Nationale
DROS	Direction de la Recherche Opérationnelle en Santé
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
EA	Entretien Approfondi
FGD	Focus Group Discussion
FOSA	Formation Sanitaire
GDD	Groupe de Discussion Dirigé
GICAM	Groupement Inter patronal du Cameroun
HTA	Hyper Tension Artérielle
JANS	Joint Assessment of National health Strategies
MBB	Marginal Budgeting for Bottleneck
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINATD	Ministère de de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation
MINDEF	Ministère de la Défense
MINEPAT	Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
MINFI	Ministère des Finances
MINMAP	Ministère des Marchés Publics

MINPROFF	Ministère de Promotion de la Femme et de la Famille
MINSANTE	Ministère de la Santé
OBC	Organisation à Base Communautaire
OCASC	Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et le SIDA
OSC	Organisation de la Société Civile
PAP	Plan d'Action Prioritaire
PCA	Paquet Complémentaire d'Activité
PRCDS	Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire
PDRH	Plan de Développement des Ressources Humaines
PDS	Plan de Développement Sanitaire des Districts
PEV	Programme Elargie de Vaccination
PISE	Plan Intégré de Suivi Evaluation
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
PVV	Personnes Vivants avec le VIH
RAP	Rapport Annuel de Performance
RASSS	Rapport sur la Santé et sur le Système de Santé
RMA	Rapport Mensuel d'Activité
RPDS	Revue des Dépenses de Santé
SIGIPES	Système Informatique de Gestion Intégré des Personnels et de la Solde
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMART	Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et limité dans le Temps
SOCAPED	Société Camerounaise de Pédiatrie
SOGOC	Society of Gynecologists and Obstetricians of Cameroon
SONEU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SRMNI	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale et Infantile
SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
ST/CP-SSS	Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle Santé
SYNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicament
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Liste des tableaux et graphiques

Liste des tableaux :

Tableau 1: Répartition des coûts du PNDS 2011-2015 par domaines d'intervention	16
Tableau 2: Profil des bénéficiaires consultés.....	20
Tableau 3: Profil des acteurs de mise en œuvre de la SSS 2001-2015 consultés aux niveaux opérationnel, régional et central.....	21
Tableau 4 : Viabilisation des districts de santé : résultats obtenus	24
Tableau 5: Lutte contre la maladie : résultats obtenus.....	27
Tableau 6: Santé du nouveau-né et de l'enfant : résultats obtenus	29
Tableau 7: Santé de la mère : résultat obtenu	29
Tableau 8 : Promotion de la santé : résultats obtenus	30
Tableau 9: Profil des bénéficiaires à consulter	68
Tableau 10 : Profil des acteurs à consulter au niveau opérationnel, régional et central	69
Tableau 11: Profil des acteurs du niveau régional et opérationnel devant participer aux groupes de discussions dirigés.....	72
Tableau 12: Profil des acteurs du niveau central et des PTF devant participer aux entretiens approfondis	73
Tableau 13 : Chronogramme des activités.....	77
Tableau 14 : Produits à fournir et délais	77
Tableau 15 : Composition de l'équipe du projet et termes de référence	77
Tableau 16 : Budget prévisionnel	78

Liste des figures :

Figure 1: Poids global de la maladie : évolution de 1990 à 2010.....	26
Figure 2: Résumé synoptique des résultats de l'évaluation qualitative de la SSS 2001-2015	57

1 Introduction

Le Cameroun, comme plusieurs pays d'Afrique Sub-Saharienne, a été affecté par la crise économique survenue en 1980. À cette crise se sont ajoutés les effets pervers de la mise en œuvre des Programmes d'Ajustement Structurels (1997-2000) qui ont contribué à dégrader l'état de santé des populations. Ainsi, le taux de mortalité infantile a augmenté de 12 points entre 1991 et 1998, le taux de malnutrition chronique pour les enfants de 12 à 23 mois a progressé de 23 à 29%, le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié a régressé de 5 points au cours de la même période². Le taux de prévalence du VIH/SIDA a progressé de façon alarmante, de 2% à 11,8% chez la population de 15 à 49 ans entre 1991 et 2002.

Afin de pallier cette situation préoccupante, une stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) a été élaborée pour la période 2001-2010. Cette stratégie couvrait les trois principaux secteurs sociaux que sont la santé, l'éducation et l'agriculture.

C'est dans ce contexte qu'a été élaborée la première Stratégie Sectorielle de Santé (SSS 2001-2010) qui sera évaluée en 2006 puis, dans une démarche prospective, a été portée à l'horizon 2015. Cette stratégie avait pour principaux objectifs de : (i) réduire la mortalité et la morbidité des groupes les plus vulnérables que sont la mère et l'enfant, (ii) d'améliorer l'offre de services, et le processus gestionnaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

L'année 2015 marque l'arrivée à échéance de la stratégie SSS 2001-2015, et le Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en Œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé, conformément à ses missions institutionnelles, a entrepris de l'évaluer afin de fournir au Gouvernement les informations nécessaires pour apprécier les performances réalisées dans le secteur, puis tirer les leçons à capitaliser dans la nouvelle SSS.

Le présent rapport comporte cinq principales articulations :

- *Une présentation sommaire de la SSS 2001-2015 avec une emphase sur les éléments suivants : le contexte de son élaboration, les principes directeurs ayant guidé son élaboration (vision, missions, valeurs, et buts), ses objectifs et son cadre logique, ses mécanismes de financement, ainsi que son cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation.*
- *Les termes de référence de cette évaluation (objet de l'évaluation)*
- *La démarche méthodologique pour l'évaluation qualitative et quantitative*
- *L'analyse des résultats obtenus et les leçons tirées*
- *Les recommandations pour l'élaboration de la prochaine Stratégie Sectorielle de Santé*

² EDS 2004

2 Présentation sommaire de la SSS 2001-2015

2.1. *Contexte d'élaboration de la SSS 2001-2015*

C'est en 2000 que la planification stratégique débute dans le secteur avec l'élaboration de la première Stratégie Sectorielle de Santé (2001-2010). L'évaluation à mi-parcours de cette stratégie a permis d'apprécier les performances réalisées par le système de santé puis, de proposer des réformes et des recommandations pour son actualisation. S'agissant des performances réalisées et à titre illustratif, les résultats de cette évaluation indiquent une dégradation des principaux indicateurs d'impact. Il s'agit notamment de (i) l'augmentation du taux brut de mortalité (de 10,1‰ à 15,3‰ entre 1998 et 2004) ; (ii) l'augmentation du taux de malnutrition chronique (de 29,3% à 30,4% entre 1998 et 2006) ; (iii) l'augmentation du taux de mortalité infantile (77‰ en 1998 et 87‰ en 2006); (iv) l'augmentation du ratio de mortalité maternelle (de 460 à 669 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 1998 et 2004) et (v) la réduction significative de l'espérance de vie (de 59 à 53 ans entre 1998 et 2004)³.

Ces performances insuffisantes sont constatées au moment où d'une part, le cadre de développement stratégique à long terme (Vision 2035) souhaitant faire du Cameroun un "Pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité" est rendu public et d'autre part, les pays membres de l'Organisation des Nations Unies souscrivent à l'atteinte des OMD.

C'est dans ce contexte que la Stratégie Sectorielle de Santé (2001-2015), document d'orientation de la politique gouvernementale en matière de santé, va être élaboré. Elle répond à une triple ambition : (i) disposer d'un document qui est aligné sur la vision 2035 et qui contribuera à l'atteinte des objectifs du DSCE (liaison itérative) ; (ii) prendre en compte les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et (iii) capitaliser les recommandations issues de l'évaluation à mi-parcours de la SSS 2001-2010.

2.2. *Principes directeurs de la SSS 2001-2015 (Vision, missions, valeurs, buts)*

Les principes directeurs n'ont pas été clairement définis dans la stratégie échue. Toutefois la vision du secteur santé est celle mentionnée dans la Vision Cameroun 2035 : « **Améliorer l'offre de services et garantir l'accès de la majorité aux services de santé de qualité** »⁴.

Le but de cette stratégie était de «contribuer à la lutte contre la pauvreté à travers l'amélioration de l'état socio sanitaire des populations du Cameroun »⁵.

³ MINSANTE. (2006) Rapport d'évaluation à mi-parcours de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2010. Page 59-60

⁴ MINSANTE. (2009) Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015. Page 34.

⁵ MINSANTE. (2009) Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015. Page 95.

2.3. Objectifs de la SSS 2001-2015

L'objectif général de la SSS 2001-2015 était de « Viabiliser tous les Districts de Santé pour être en mesure de contribuer à l'atteinte des OMD ».

Cet objectif général était décliné en cinq objectifs spécifiques, à savoir :

- i. *Amener 80% des 178 districts de santé existants à achever au moins la phase de consolidation du processus de viabilisation d'un District de Santé;*
- ii. *Amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation recours;*
- iii. *Réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables;*
- iv. *Réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5ans;*
- v. *Réduire de 2/5 la mortalité maternelle⁶.*

2.4. Financement de la SSS 2001-2015

Les besoins financiers pour la mise en œuvre du PNDS 2001-2015 étaient estimés à 1 343 milliards de FCFA, soit un coût moyen annuel de 269 milliards, variant de 212 milliards en 2011 à 319,2 milliards en 2015. La portion de ce budget attribuée au niveau central était de 29% contre 48% pour le niveau opérationnel et 4% pour le niveau intermédiaire. Les programmes et projets de santé représentaient environ 14% de l'enveloppe totale. La répartition des coûts par domaines d'intervention est résumée dans le tableau 1 ci-après.

Tableau 1: Répartition des coûts du PNDS 2011-2015 par domaines d'intervention

Programme	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Gouvernance et Amélioration des conditions de travail	80	71	71	70	70	363
Lutte contre la Maladie	57	76	83	94	97	408
Promotion de la Santé		3	3	4	5	16
Santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant	30	31	36	36	42	174
Viabilisation du District de Santé	45	53	83	97	105	383
Total Général	212	233	276	302	320	1 343

Source : PNDS 2001-2015

2.5. Cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation de la SSS 2001-2015

L'approche retenue pour la mise en œuvre de la SSS était le SWAP dont les principales caractéristiques sont : (i) le développement d'une seule SSS avec ultérieurement le développement d'un cadre unique de planification des activités de santé à tous les niveaux de la

⁶ MINSANTE. (2009) Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015, page 95.

pyramide sanitaire ; (ii) le développement d'un seul plan et des mécanismes de S/E acceptés par toutes les parties prenantes et (iii) l'élaboration d'un seul budget (panier commun des fonds ou budget commun). Cette approche sectorielle devait être mise en place progressivement.

De manière pratique, la SSS 2001-2015 a été mise en œuvre à travers le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015. Celui-ci au niveau opérationnel était décliné en Plans de Développement Sanitaire de District (PDSD) qui étaient consolidés au niveau régional en un Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire (PRCDS).

Les PSDS étaient déclinés en Plans de Travail Annuel (PTA) budgétisés dans les structures sanitaires du district.

Un dispositif de suivi-évaluation a été conçu dans la SSS 2001-2015. Il était prévu l'élaboration et la mise en œuvre d'un Plan Intégré de Suivi-Évaluation (PISE), et la création d'un Observatoire National de la Santé Publique (ONSP) pour renforcer le dispositif de suivi-évaluation. Si l'ONSP a été créé en 2010, le PISE, quant à lui, bien qu'élaboré n'a jamais été validé.

3 Objectifs de l'évaluation finale de la SSS 2001-2015

L'évaluation de la SSS 2001-2015 avait cinq objectifs majeurs :

- Analyser le processus d'élaboration et le contenu de cette SSS échue ;
- Apprécier sa mise en œuvre, son dispositif de suivi et évaluation, ainsi que le niveau d'atteinte des résultats ;
- Recueillir les perceptions et les attentes des bénéficiaires des interventions de santé planifiées dans cette stratégie ;
- Recueillir les perceptions et les attentes des acteurs de mise en œuvre de la SSS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (perception de la disponibilité à tous les niveaux de la SSS échue ; utilisation de cette stratégie dans les activités de planification opérationnelle; appréciation des performances réalisées dans le secteur santé) ;
- Repérer et valoriser les enseignements utiles tirés de la mise en œuvre de cette SSS échue (leçons apprises) et les exploiter lors de l'élaboration de la SSS 2016- 2027.

4 Démarche méthodologique

Pour atteindre ces objectifs ci-dessus présentés, deux approches ont été utilisées sur le plan méthodologique: une approche qualitative et une approche quantitative.

4.1. *Évaluation qualitative*

Elle comportait trois temps forts : (i) une revue documentaire participative ; (ii) des consultations des bénéficiaires sur leur satisfaction (iii) la consultation des acteurs des trois niveaux de la pyramide sanitaire sur leur appréciation de la disponibilité et de l'utilisation de la SSS et du PNDS échus.

4.1.1. **Revue documentaire**

Elle a permis de prendre connaissance des résultats des travaux et des enquêtes déjà effectués, afin de s'en inspirer pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs retenus dans la SSS 2011-2015.

Le groupe de travail mis en place pour évaluer l'ancienne stratégie et élaborer une nouvelle s'est appuyé sur l'outil JANS pour formuler les questions d'évaluation (211 au total). Cet outil comportait les 16 attributs d'une bonne stratégie nationale et ceux-ci étaient regroupés en 5 thèmes : (i) analyse situationnelle et programmation, (ii) processus de développement de la stratégie, (iii) coût et cadre budgétaire de la stratégie, (iv) mise en œuvre et management et (v) monitoring et évaluation.⁷

Toutes les questions d'évaluation de la stratégie échue étaient donc inspirées à la fois du JANS (Joint Assessment of National Health Strategies), version du 3 août 2013, de IHP+ (International Health Partnership), mais aussi du Guide National de Planification Stratégique au Cameroun (MINEPAT, 2006).

Pour la revue documentaire participative, un questionnaire a été élaboré avec toutes les parties prenantes du secteur. Les questions d'évaluation posées aux acteurs de mise en œuvre de la SSS portaient à la fois sur : le contenu, le processus d'élaboration de la stratégie échue, le suivi de sa mise en œuvre et le niveau d'atteinte des objectifs de cette stratégie.

Cette revue documentaire a donc permis de répondre aux questions d'évaluation formulées pour la stratégie 2001-2015, puis d'identifier les points forts et les points faibles de cette SSS. Les forces, et les faiblesses identifiées ont été synthétisées suivant l'approche des « dix

⁷IHP+. (2013) Joint Assessment of National Strategies: A review of Stakeholders' needs.

déterminants » de l'UNICEF. Ce qui a permis de les classer suivant leur nature, afin de mieux en tenir compte lors de l'élaboration de la nouvelle SSS.

4.1.2. Consultations participatives

Les consultations étaient menées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, conjointement par la DROS et le Secrétariat Technique du comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la SSS.

Pour le recueil des attentes/perceptions des bénéficiaires des actions de santé, des Focus Group Discussion (FGD) ont été organisés dans les dix régions du Cameroun à raison de deux FGD par région : un pour les populations du milieu urbain et un pour celles vivant en milieu rural. En plus, un FGD a été organisé de manière spécifique pour les femmes dans les trois régions septentrionales, en raison des spécificités culturelles de cette zone du pays. Au total, 23 FGD ont donc été organisés dans l'ensemble des régions au courant du mois de mars 2015 avec l'appui de 30 enquêteurs, soit trois par région. Le profil des différents participants aux FGD est résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2: Profil des bénéficiaires consultés

Profil des bénéficiaires		Nombre
Milieu urbain	2 Représentants du réseau PROVARESSC (femmes + hommes)	13 par région x 10 régions
	2 membres proposés par le Délégué Régional de la Santé Publique	
	2 représentants des structures de dialogue (COSA + COSADI)	
	2 leaders traditionnels et religieux	
	2 élus locaux (Maire ou conseillers municipaux)	
	3 représentants des OBC (jeunes + femmes + 3 ^e âge)	
Milieu rural	2 Représentants du réseau PROVARESSC	12 par région x 10 régions
	2 membres proposés par le Délégué Régional de la Santé Publique	
	2 représentants des structures de dialogue	
	2 leaders traditionnels et religieux	
	2 élus locaux (Maire ou conseillers municipaux)	
	2 représentants des OBC	

La consultation des bénéficiaires des interventions de santé a permis d'apprécier leur niveau de satisfaction, leurs attentes, leur perception de la : (i) pertinence des thèmes développés dans la SSS 2001 – 2015 échue ; (ii) qualité des services et soins offerts par les prestataires.

Les perceptions des acteurs de mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (acteurs des trois niveaux de la pyramide sanitaire) ont été quant à elles recueillies lors des dix ateliers régionaux organisés à cet effet. Le profil des participants à ces ateliers est présenté dans le tableau 3 ci-après.

Tableau 3: Profil des acteurs de mise en œuvre de la SSS 2001-2015 consultés aux niveaux opérationnel, régional et central

Acteurs de mise en œuvre de la SSS du niveau régional et opérationnel	
Services du Gouverneur	1 représentant
DRSP	2 représentants du niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire (DRSP et CCSE)
Personnes ressources	3 personnes ayant une longue expérience en santé au niveau régional
Ministères partenaires	2 représentants (MINAS /MINPROFF, MINESEC)
CAPR	1 manager du CAPR
Programmes prioritaires	2 coordonnateurs (Palu et PEV)
Hôpital Régional	1 médecin
District de Santé	2 chefs de district + 1 CBS
Hôpital de District	2 directeurs (urbain et rural)
Centre Médical d'Arrondissement	1 médecin-chef
Centre de Santé Intégré	2 chefs de CSI (urbain et rural)
CSI privé	2 représentants
CMA privé	2 représentants
HD assimilés	2 médecins
Traditionnel	2 représentants des tradipraticiens
Pharmacien privé	2 représentants pharmaciens d'officine
Acteurs de mise en œuvre de la SSS du niveau central et PTFs	
Ministères Partenaires	10 représentants (MINPROFF, MINESEC, MINDEF, MINESUP, CNPS, MINEPAT, DGSN, MINEDUB, MINAS)
Élus nationaux	1 député en charge des questions de santé
CTD	2 représentants de CVUC et de l'association des Maires
Personnes ressources	5 personnes-ressources ayant longtemps œuvré à un haut niveau dans le secteur de la santé
MINSANTE	11 directeurs des services centraux
MINSANTE	6 inspecteurs généraux et conseillers techniques
Hôpitaux Centraux	2 directeurs des hôpitaux de 1 ^{ère} et de 2 ^{ème} catégorie
Société civile	3 représentants des OSC/ONG
PTFs	7 représentants des Partenaires Techniques et financiers (OMS, UNICEF, UNFPA Allemagne, USA, France, Chine)
Sociétés savantes	2 représentants de SOCAPED et de SOGOC
Privées laïc	1 représentant de Ad-Lucem
Ordres professionnels	4 représentants des médecins, des pharmaciens, des personnels paramédicaux et de chirurgiens-dentistes
Sous-secteur privé à but lucratif	1 représentant du Syndicat des Médecins Privés
Sous-secteur privé confessionnel	3 représentants de OCASC, CEPCA, et du Réseau Islamique
Entreprises privées	1 représentant du GICAM, et des assurances
Conseil National de la Jeunesse	1 représentant

4.2. Évaluation quantitative (revue documentaire)

Cette évaluation a permis d'apprécier le niveau d'atteinte des indicateurs quantitatifs retenus dans la SSS échue. Les principales enquêtes nationales utilisées à cet effet étaient : les Enquêtes Démographiques et de Santé - EDS, les Enquêtes à Indicateurs Multiples - MICS, et les Enquêtes Camerounaises Auprès des Ménages - ECAM);

D'autres résultats d'enquêtes organisées par les programmes de santé (Programme Élargi de Vaccination, programme de lutte contre le paludisme, contre le SIDA ou la Tuberculose...) et les rapports d'études / activités ont également été utilisés ;

Enfin, les résultats de la revue thématique effectuée par le Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la SSS en 2012 ont aussi été exploités dans l'analyse des performances réalisées dans le secteur.

4.3. Limites de l'évaluation de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001 - 2015

Cette évaluation présente les limites suivantes :

4.3.1 Pour l'évaluation quantitative

L'absence d'un plan de suivi-évaluation robuste, avec des indicateurs clairement définis à l'avance (SMART) et des modalités de collecte des données y relatives faisaient partie des limites identifiées. La collecte des données pour cette évaluation a donc été difficile. En fait, la SSS 2001-2015 avait prévu l'élaboration d'un Plan Intégré de Suivi-Évaluation (PISE) qui envisageait entre autres, l'utilisation des résultats des enquêtes nationales pour évaluer les effets et l'impact de la mise en œuvre de ladite SSS. Cependant, il n'y a pas eu de synergie entre la programmation de ces enquêtes et la mise en œuvre de la SSS 2001-2015. En effet, la SSS 2001-2015 a été révisée en 2010, c'est-à-dire un an avant la réalisation de certaines grandes enquêtes nationales comme EDS-MICS 2011. Par ailleurs, les résultats de ces enquêtes ne fournissaient aucune information sur le niveau d'atteinte de certains objectifs de la SSS 2001-2015 (par exemple le niveau de viabilisation des districts de santé). D'autres études devaient donc être envisagées en 2016 (EDS 5, ECAM 4) pour renseigner cet indicateur

A défaut de pouvoir mesurer certains indicateurs d'effet et d'impact de la SSS 2001-2015, certaines données programmatiques ont été utilisées comme indicateurs proxy pour apprécier les performances réalisées.

4.3.2 Pour l'évaluation qualitative

Le mode non-aléatoire de sélection des participants pour les consultations participatives limite la généralisation des résultats de cette évaluation.

Les évaluations qualitatives ont été réalisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire mais les différents thèmes retenus pour ces évaluations n'ont pas été entièrement explorés et analysés faute de temps.

5 Résultats de l'évaluation quantitative

Il s'agit dans le présent chapitre de procéder à l'analyse du niveau d'atteinte des résultats projetés dans la SSS 2001-2015 (volet quantitatif). Pour y parvenir, le mode opératoire utilisé pour la collecte des données était la revue documentaire.

L'objectif général visé par la SSS 2001-2015 était de "**Viabiliser tous les Districts de Santé pour être en mesure de contribuer à l'atteinte des OMD**". Cet objectif général comportait cinq objectifs spécifiques qui feront l'objet de la présente évaluation.

5.1. Objectifs spécifiques N°1 et 2:

Objectif spécifique No 1 : « Amener 80% des 178 districts de santé existants à achever au moins la phase de consolidation du processus de viabilisation d'un District de Santé »;

Objectif spécifique No 2 : « Amener 100% des structures de santé des niveaux stratégiques et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation recours ».

Dans la SSS échue, il n'existe aucun indicateur spécifique pour apprécier le niveau d'atteinte de ces deux objectifs spécifiques. De plus, ces objectifs comportent des indicateurs composites et complexes dont la mesure devait faire l'objet d'une enquête préalable. Ces indicateurs auraient dû être définis au moment de l'élaboration de la stratégie. En l'absence d'indicateurs prédéfinis, une dizaine d'indicateurs d'effet provenant de la SSS échue et consignés dans le tableau ci-après ont été analysés.

Tableau 4 : Viabilisation des districts de santé : résultats obtenus

No	Indicateur	Valeur de base	Cible	Résultat	Observation	Source
<i>i.</i>	Proportion des districts de santé consolidés	7%	80% des districts de santé ont achevé leur phase de consolidation	7%	faible évolution de la valeur de référence	RAP Minsanté 2013 ⁸
<i>ii.</i>	Proportion de la population prise en charge à travers la mutualisation du risque maladie par région	120 mutuelles de santé couvrant 2348 ménages	Au moins 40% de la population nationale ; Au moins 01 mutuelle de santé fonctionnelle par DS	1,6% chez les hommes et 0,4% chez les femmes	Faible évolution	SSS 2001-2015 EDS-MICS 2011 p.56
<i>iii.</i>	Ratio professionnel de santé/population	0,63 pour 1000 habitants par an	au moins 1,5 pour 1000 habitants	1,23‰	Faible évolution	RAP Minsanté 2013
<i>iv.</i>	Dépense publique de santé par habitant	\$14 par habitant par an	au moins de \$44,18 soit FCFA 20 000 environ	\$16,5 par habitant par an	Faible évolution	PNDS 2001-2015 P.15 CNS 2011 ⁹
<i>v.</i>	Proportion de la dépense publique allouée à la santé	5,2%	au moins 15% du budget de l'État	5,01% ¹⁰	Faible évolution	SSS 2001-2015 P.45 RAP Minsanté 2013
<i>vi.</i>	Indice de satisfaction des utilisateurs des services de santé	81,3% en 2002	au moins 80% sont satisfaits de la qualité des services et soins de santé	67%	Forte dégradation de l'indicateur	PNDS 2001-2015 P. 101 PETS 2010
<i>vii.</i>	Indice de perception de la corruption dans le secteur santé	7,56/10	inférieur à la moyenne nationale	n.d.		CONAC 2010 ¹¹
<i>viii.</i>	Proportion des structures de santé dotées des ressources humaines en adéquation avec les normes du secteur	n.d.	Au moins 85% de la norme	n.d.		
<i>ix.</i>	Pourcentage des structures sanitaires qui sont organisées et gérées conformément à la réglementation en vigueur	n.d.	Au moins 90%	n.d.		

⁸ Rapport Annuel de Performances du MINSANTE, 2013

⁹ Comptes Nationaux de la Santé 2011

¹⁰ Ce chiffre ne représente que la fraction du budget de l'État allouée au MINSANTE et non à tout le secteur santé.

¹¹ CONAC. (2010) Stratégie Nationale de Lutte contre la Corruption 2010-2015

Points forts :

La proportion de la population vivant à moins d'une heure de marche d'une formation sanitaire a augmenté entre 2000 et 2013 (gain de 5,1points). Même si l'objectif retenu dans la stratégie échue qui était de 70% n'a pas été atteint, il est important de relever que des efforts appréciables ont été consentis dans la construction d'infrastructures sanitaires de base.

Points faibles :

Concernant la viabilisation des DS, la cible projetée pour 2012 dans le PNDS était 80% mais à ce jour, il n'existe pas des données sur la proportion des districts de santé viabilisés, aucune étude n'ayant été faite dans ce sens.

Par ailleurs le processus de viabilisation n'est pas maîtrisé par les acteurs de la mise en œuvre de la SSS.

Pour ce qui concerne la mutualisation du risque maladie, les mécanismes de partage de ce risque n'ont pas permis de couvrir plus de 2%¹² de la population totale, limitant ainsi l'accessibilité financière aux services et soins de santé pour les démunis (iniquité d'accès aux soins).

Quant aux ressources humaines de santé, les besoins globaux ont été évalués au terme du Recensement Général des Personnels de la Santé (RGPS) de 2011. Ces besoins sont détaillés dans le Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH) :

La multitude des écoles de formation médicale et paramédicale a abouti à une surproduction des professionnels de santé mais celles-ci sont faiblement absorbées par le système de santé. On note par ailleurs une instabilité au poste de travail et une démotivation du personnel de santé. Ces problèmes se posent avec plus d'acuités au niveau opérationnel.

Le personnel muté en zone rurale reste parfois très longtemps au même poste de travail, ce qui généralement constitue une source de démotivation, de frustration et de migration. La migration des ressources humaines et les départs pour la retraite ne sont pas compensés par de recrutements conséquents. Ceci explique la faible disponibilité des ressources humaines dans les structures sanitaires du niveau opérationnel et par conséquent, la faible capacité des districts de santé à offrir aux populations un PMA/PCA de qualité (districts de santé non viables).

¹² Ministère de la Santé Publique, MINTSS, & BIT. Rapport de l'atelier de validation du projet de plan d'actions pour la mise en œuvre d'une assurance maladie de base à accès universel au Cameroun. 2015

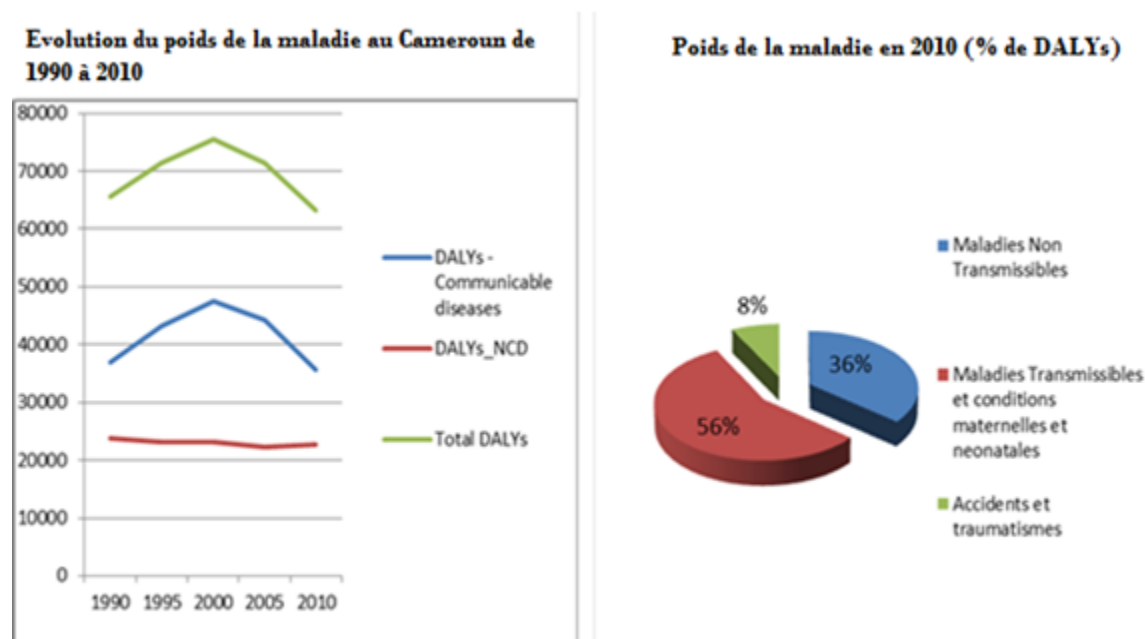
5.2. Objectif spécifique N°3 :

« Réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables »

Pour ce qui concerne cet objectif, on observe une tendance à la baisse du taux de morbidité globale au Cameroun depuis 2000. Il s'agit notamment d'une baisse significative du poids des principales maladies transmissibles (figure 1 ci-dessous). Ces résultats corroborent les données des programmes de lutte contre les principales affections que sont le VIH/SIDA et le Paludisme.

Il existe très peu de données sur la progression des Maladies Chroniques Non Transmissibles et celles-ci n'ont pas fait l'objet d'un monitoring intensif. Les données disponibles montrent toutefois une tendance à la hausse de ces affections comme illustré dans la figure 1¹³.

Figure 1: Poids global de la maladie : évolution de 1990 à 2010



Source: MINSANTE 2014, Document Etat des lieux du Secteur santé. Graphiques réalisés à partir des données de IHME (Institute of Health Metrics and Evaluation)

¹³Echouffo-Tcheugui, J. B., &Kengne, A. P. (2011). Chronic non-communicable diseases in Cameroon: burden, determinants and current policies. *Global Health*, 7(1), 44.

Tableau 5: Lutte contre la maladie : résultats obtenus

N°	Indicateur	Valeur de base	Cible	Résultat	Observation	Source
i.	Prévalence du VIH/SIDA	5,5%	Prévalence du VIH/SIDA <5,5%	4,3%	Baisse	EDS-MICS 2011
ii.	Prévalence du VIH/SIDA chez les enfants de moins de 5 ans [proxy : prévalence du VIH chez les femmes enceintes]	7,4% (2004)	n.d.	5,6% (2011)	Baisse	EDS 2004 EDS-MICS 2011
iii.	Incidence du VIH/SIDA	3,1‰ (2001)	Diminution du nombre de nouveau cas de maladies de 50%	2,4‰ ¹⁴ (2015)	Baisse	Profils des estimations pays du VIH au Cameroun 2010-2020 CNLS Spectrum, Avril 2015
iv.	Prévalence des maladies non transmissibles [Proxy= Poids des maladies non transmissibles en DALYs/100 000 hbts]	23 081 (2000)	Réduction de 20%	22 753 (2010) Soit -1,4%	Baisse	GBD-IHME, 2013 ¹⁵
v.	Incidence du Paludisme chez les enfants [Proxy : taux de prévalence de la fièvre 6-59 mois]	237‰ (2004)	inférieure à 320‰	200‰ (2011)	Baisse	EDS 2004 EDS-MICS 2011
vi.	Taux de mortalité spécifique du Paludisme [proxy= mortalité intra-hospitalière due au Paludisme]	43% (2008)	Le taux de décès associés au Paludisme est inférieur à 10%	22.40% (2013)	Baisse	Rapport PNLP 2008 et 2013
vii.	Incidence du paludisme dans la population active (25-55 ans) [Proxy : pourcentage de femmes ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée]	0,8% (2004)	n.d.	41,6% (2011)	Amélioration	EDS 2004 EDS-MICS 2011
viii.	Incidence de la Tuberculose [proxy : nombre de cas notifiés / 100 000 hbts]	113* (2003)	< 50 / 100 000 hbts	128* (2012)	Amélioration	PNLT 2015 ¹⁶
ix.	Taux de décès associés à la Tuberculose	6% ** (2004)	Inférieur à 5%	6% ** (2012)	Constant	PNLT 2015
x.	Épisodes d'hospitalisation pour un problème de santé mentale /100 000	n.d***.	n.d.	n.d.	RAS	

¹⁴ La méthodologie du calcul de l'incidence du VIH n'est pas identique pour les années 2004 et 2015. En effet, l'estimation de l'année 2015 est effectuée à partir d'un logiciel (SPECTRUM) et non sur la base d'une enquête.

¹⁵ IHME.(2013) Global Burden of Diseases.Institute of Health Metrics &Evaluation.Univ. of Washington/Seattle

¹⁶ MINSANTE. (2015) Plan Stratégique de Lutte contre la Tuberculose 2015-2019

N°	Indicateur	Valeur de base	Cible	Résultat	Observation	Source
<i>xi.</i>	Nombre de patients ayant séjourné plus d'un an à l'hôpital pour un problème de santé mentale /100 000	n.d***.	n.d.	n.d.	RAS	

*Ces chiffres renseignent uniquement les cas détectés par le PNLT et non sur la prévalence de la maladie. La prévalence est estimée en 2012 par l'OMS à 319/100 000.¹⁷

**Ce chiffre renseigne uniquement le taux de décès dans la cohorte des patients suivis par le programme de lutte contre la Tuberculose et ne saurait donner une image exacte et un aperçu réel de toute la mortalité due à la Tuberculose.

*** Bien que retenus dans la SSS 2001-2015, certains indicateurs n'ont pas fait l'objet d'un suivi, et ne peuvent par conséquent pas être renseignés

Points forts

Pour ce qui est de l'infection au VIH/SIDA, on note une légère baisse des taux de prévalence et d'incidence de la maladie (voir tableau 5). Il en est de même du taux de mortalité liée au VIH/SIDA qui est passé de 173 à 112 décès pour 100 000 cas entre 2001 et 2015.¹⁸

Concernant le Paludisme, la mortalité intra-hospitalière a diminué de moitié entre 2008 et 2013. L'incidence de la fièvre, qui est un indicateur proxy permettant d'apprécier l'évolution de la morbidité palustre, a diminué de 3,7 points entre 2004 et 2013. Ces données témoignent de l'efficacité des interventions de prévention et de prise en charge du Paludisme.

En ce qui concerne la tuberculose, le taux de décès des patients dépistés et suivis est resté stable autour de 6% (indicateur programmatique), ceci en raison d'un taux de succès thérapeutique élevé et qui est de 80%.

Points faibles

Les maladies non-transmissibles ont légèrement diminué (-1,4%) entre 2000 et 2010 mais on note une recrudescence de ces maladies entre 2005 et 2010 (+2,4%)¹⁹.

¹⁷Ibid.

¹⁸CNLS. Estimations EPP-Spectrum Avril 2015

¹⁹IHME.(2013) Global Burden of Diseases.Institute of Health Metrics &Evaluation.Univ. of Washington/Seattle

¹⁹MINSANTE. (2015) Plan Stratégique de Lutte contre la Tuberculose 2014-2019

5.3. Objectif spécifique N°4 :

"Réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans"

Tableau 6: Santé du nouveau-né et de l'enfant : résultats obtenus

N°	Indicateur	Valeur de base	Cible	Résultat	Observation	Source
i.	Taux de mortalité néo natale	29‰ (2004)	Inférieur à 13 pour mille	28‰ (2013)	Baisse	EDS 2004 UNICEF, 2014 ²⁰
ii.	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	144‰ (2004)	Inférieur à 50 pour mille	95‰ (2013)	Baisse	EDS 2004 UNICEF, 2014
iii.	Taux de mortalité des enfants de moins de 1 an	74,0‰ (2004)	Inférieur à 25 pour mille	61‰	Baisse	EDS 2004 UNICEF, 2014

Points forts

Les valeurs cibles des indicateurs d'impact liés à la santé de l'enfant n'ont pas été atteintes mais se sont globalement améliorées entre 2004 et 2013, qu'il s'agisse de la mortalité néonatale, infantile ou infanto-juvénile (tableau 6).

5.4. Objectif spécifique N°5 :

"Réduire de 2/5 la mortalité maternelle"

Tableau 7: Santé de la mère : résultat obtenu

N°	Indicateur d'effet	Valeur de base	Cible	Résultat	Observation	Source
i.	Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	669	inférieur à 250 /100 000	782	Augmentation	EDS 2004 EDS-MICS 2011

Bien que la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié entre 2006 et 2011²¹ ait augmentée de 4,7 points, la mortalité maternelle n'a cessé de croître depuis plusieurs décennies. En effet, le ratio de mortalité maternelle est passé de 669 à 782 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2011. Ce résultat montre que l'on s'éloigne de l'objectif de 250 décès pour 100 000 naissances vivantes fixé à l'horizon 2015²². L'amélioration de cet indicateur passe par la mise en œuvre synergique de l'ensemble des interventions clefs qui permettent de prévenir la mortalité maternelle et par l'amélioration de la qualité des prestations offertes.

²⁰UNICEF. (2014) Committing to child survival: A promise renewed. Progress report 2014.

²¹EDS 1998, 2004 et 2011

²² MINSANTE 2012, Rapport de la Revue Thématique du Secteur de santé

5.5. Principaux résultats obtenus dans le domaine de la promotion de la santé

Les performances obtenues en promotion de la santé ne sont pas toutes satisfaisantes. Dans le tableau 8 ci-après, certains indicateurs se sont légèrement améliorés alors que d'autres se sont dégradés.

Tableau 8 : Promotion de la santé : résultats obtenus

N°	Indicateur	Valeur de base	Cible ²³	Résultat	Observation	Source
<i>i.</i>	Prévalence du retard de croissance (%)	32% (2004)	n.d.	28% (2011)	Amélioration	EDS-MICS 2011 P.166
<i>ii.</i>	Prévalence de la déperdition (modérée et sévère) (%) [insuffisance pondérale]	18% (2004)	n.d.	18% (2011)	Constant	EDS 2004 EDS-MICS 2011 P.166
<i>iii.</i>	Taux d'allaitement exclusif (%)	24% (2004)	n.d.	20% (2011)	Baisse	EDS 2004 P.323 EDS-MICS 2011 P.159

Points forts

Des efforts louables ont été fournis dans le cadre de la lutte contre la sous-alimentation. À ce titre, le pays a reçu en 2013 un prix de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture pour avoir réussi à réduire de plus de 50% le nombre des personnes sous-alimentées. (Cible de l'OMD 1).

Points faibles

La malnutrition demeure un problème majeur de santé publique avec une quasi-stagnation du taux d'insuffisance pondérale et d'émaciation constatée entre 2004 et 2011. Par ailleurs, la proportion des femmes pratiquant l'allaitement maternel exclusif a diminué de 3 points au cours de la même période, témoignant probablement de la méconnaissance par les mères des avantages liés à cette pratique.

²³ Pour ces indicateurs, les cibles à atteindre n'ont pas été précisées par la SSS 2001-2015 et dans le PNDS 2011-2015 toutefois à cause de leur pertinence, il nous a semblé utile de les analyser et d'apprécier les performances réalisées.

6 Résultats de l'évaluation qualitative

6.1. Revue documentaire participative

Il s'agissait dans cette partie de (i) procéder à l'analyse du processus d'élaboration de la SSS 2001-2015 ; (ii) d'apprécier les différentes articulations de ce document : **Analyse situationnelle, cadre logique, coût et cadre budgétaire, mise en œuvre, gestion puis suivi-évaluation**. Le mode opératoire de collecte des données pour cette évaluation qualitative était la revue documentaire participative à partir de l'outil JANS (voir section 4.1.1).

Les résultats de cette revue documentaire participative sont présentés suivant les rubriques ci-après : (i) « analyse de la situation », (ii) analyse du « processus d'élaboration et d'approbation », (iii) « coûts et cadre budgétaire de la stratégie », (iv) « mise en œuvre et gestion », et (v) « suivi, révision et évaluation ». Les analyses faites dans chacune des cinq thématiques ci-dessus ont permis de mettre en évidence les « points forts » et les « points faibles » selon les divers attributs utilisés.²⁴

6.1.1. Analyse de la situation : clarté et pertinence des priorités retenues

- *Attribut 1: La SSS s'appuie sur une solide analyse de la situation : politique, sociale, culturelle, relative au genre, épidémiologique, juridique et institutionnelle, ainsi que les questions de gouvernance.*

Points forts:

L'approche participative a été utilisée lors de l'élaboration de la SSS 2001-2015. L'utilisation des données désagrégées par âge, sexe, région, groupes socio-économiques a permis de prendre en compte les aspects d'équité verticale et horizontale dans le processus de planification (SSS 2001-2015 ; PNDS 2011-2015 ; CDMT 2010). L'analyse du profil épidémiologique, des tendances de la charge morbide globale, et de la couverture des interventions y relatives a permis de développer des stratégies pertinentes de lutte contre la maladie. Enfin, la prise en compte des OMDs dans la SSS, a été effective.

La SSS 2001-2015 a également fait mention de certaines interventions de l'État visant à améliorer l'équité dans l'accès aux soins pour certains groupes cibles : femmes enceintes, enfants, personnes atteintes de maladies identifiées comme problèmes de santé publique ; parmi ces interventions, on peut citer : (i) les subventions des médicaments essentiels, du traitement des HIV/SIDA, de la Tuberculose, du Paludisme, du diabète, de l'HTA, de l'insuffisance rénale chronique nécessitant la dialyse, des MAPE etc.) ; (ii) la gratuité de certaines prestations (prise en charge du paludisme de l'enfant de moins de 5 ans, prévention du paludisme chez la femme enceinte etc.)

²⁴ Les attributs sont des caractéristiques souhaitables d'une bonne stratégie suivant la méthodologie JANS.

Points faibles :

Tous les aspects de l'analyse situationnelle n'ont pas été abordés de manière systématique, d'où l'omission dans le diagnostic de certains points importants tels que la gestion des médicaments et consommables médicaux.

Bien que le processus d'élaboration de la SSS 2001-2015 ait été fortement participatif, on dénote l'absence de certains secteurs apparentés ou du moins la faible prise en compte des données de la majorité des secteurs apparentés prestataires de soins préventifs, curatifs et promotionnels (SSS 2001-2015 ; PNDS 2011-2015 ; CDMT 2010). Par ailleurs, l'analyse des déterminants de la santé n'a pas bénéficié du même intérêt que celle accordé aux maladies prioritaires.

En dépit du fait que la SSS 2001-2015 ait mentionné les diverses sources de financement du secteur que sont l'État, le secteur privé et les ménages, l'analyse de l'équité verticale et horizontale dans l'accès aux services de santé n'a été ni approfondie ni systématique.²⁵

L'analyse situationnelle a omis de prendre en compte les dysfonctionnements d'ordre structurel dans le secteur de la santé (organigramme) (SSS 2001-2015 ; PNDS 2011-2015 ; CDMT 2010) ; pourtant, d'après Cassels (1995), les problèmes d'ordre structurel constituent l'essentiel de l'échec de l'atteinte des résultats projetés dans les stratégies sectorielles.²⁶

L'analyse de la disponibilité de l'offre infrastructurelle et des équipements existants a été faite, mais pas de manière désagrégée ; ce qui n'a pas permis de voir les déséquilibres existants entre milieux urbains et ruraux ou entre les régions. En outre, l'évaluation de la fonctionnalité des équipements par région/district n'a pas été faite. Il en est de même de l'évaluation de l'état et du nombre des constructions abandonnées ou en cours de réhabilitation par région dans la perspective de réduire le nombre de chantiers abandonnés ou non conformes aux normes. Tout ce qui précède, laisse supposer que la répartition géographique des constructions réalisées pourrait être en inadéquation avec les données démographiques et les besoins de la carte sanitaire dans certains districts de santé. Dans ces conditions, il est difficile de renseigner le pourcentage de la population non couverte par les soins de santé primaire (soins de base) et de planifier objectivement les besoins en infrastructures et en équipements.²⁷

Par ailleurs, certaines données utilisées dans le chapitre « *Analyse de la situation* » de la SSS 2001 - 2015 dataient de plus de sept ans, dénotant ainsi d'une faiblesse de fonctionnement du Système d'Informations Sanitaires (ECAM II ; SSS p 44). En outre, l'analyse de la situation n'a pas ressorti les problèmes prioritaires du Secteur. Enfin, l'utilisation accrue des données

²⁵ D'après le World Bank Institute (Basics of Health economics, Module 2: Equity), l'équité horizontale se définit comme un accès égal aux services de santé pour toute les personnes ayant les mêmes besoins quel que soit leur localisation géographique, leur sexe, leur race ou toutes autres caractéristiques. L'équité verticale quant à elle concerne l'accès égal aux services de santé pour toutes les populations quel que soit leur niveau de revenu.

²⁶ Cassels, A. (1995). Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of international development*, 7(3), 329-347.

²⁷ MINSANTE 2012 .Rapport de la Revue Thématique du Secteur Santé

provenant pour la plupart des enquêtes réalisées par l'INS et qui sont des données tendanciennes (moyennes, mode) n'a pas permis de faire une bonne cartographie des problèmes et, par conséquent, de rationaliser l'utilisation des faibles ressources.

- *Attribut 2: La stratégie sectorielle fixe clairement les priorités, buts, objectifs, interventions et résultats attendus qui contribuent à l'amélioration des résultats de santé et de l'équité, ainsi qu'au respect des engagements pris aux niveaux national et international.*

Points forts :

La SSS 2001-2015 a clairement fixé les buts, objectifs, interventions et résultats devant contribuer à améliorer les indicateurs de santé. Le cadre logique d'intervention de la SSS découle des objectifs globaux du DSCE et tient compte des engagements pris par le Cameroun au niveau international, notamment les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMDs) (DSCE 2009 ; SSS 2001-2015 ; PNDS 2011-2015 ; CDMT 2010). De plus, le cadre logique d'intervention fait clairement apparaître les extrants, effets et impacts attendus de façon cohérente (SSS 2001-2015 ; PNDS 2011-2015 ; CDMT 2010).

Par souci d'équité, les PVVS, les cibles (OEV, couple mère-enfant, adolescents, les personnes âgées (SSS 2001-2015 ; PNDS 2011-2015 ; CDMT 2010) ont été mis en exergue et leurs problèmes décrits.

Un domaine d'intervention a par exemple été consacré à la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent qui sont des cibles vulnérables. Une classe d'intervention du domaine de la lutte contre la maladie est consacrée aux PVVS, aux OEV et aux personnes âgées. Concernant la viabilisation, la stratégie a prévu la mise en place des mécanismes de financement pour la prise en charge des indigents et des personnes vulnérables (SSS 2001-2015 ; PNDS 2011-2015).

Points faibles :

Certains objectifs de la SSS 2001-2015 n'avaient pas été formulés de manière appropriée. À titre illustratif, l'objectif concernant la viabilisation des districts de santé ne semble ni mesurable, ni réaliste. Les résultats/objectifs intermédiaires n'ont pas été systématiquement définis dans le cadre de mise en œuvre. Néanmoins, ils ont été présentés dans le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT 2010), qui est un des documents annexes de la SSS 2001-2015.

- *Attributs 3 et 4: Les interventions planifiées sont réalisables, adaptées au contexte local, équitables ; elles reposent sur des bases factuelles et des bonnes pratiques qui tiennent compte des questions d'efficacité, d'efficience et de viabilité. Il existe une évaluation crédible des risques ainsi que des propositions stratégiques pour limiter ces risques.*

Points Forts :

Il existe dans le secteur des plateformes d'échanges des bonnes pratiques. Au niveau central, on peut mentionner : (i) le comité de pilotage et de suivi de mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la santé. Ce comité est un cadre multisectoriel de coordination qui regroupe tous les intervenants majeurs du secteur²⁸. (ii) le MINSANTE organise chaque année des conférences des services centraux et déconcentrés qui sont des cadres d'échange entre les intervenants du secteur santé de tous les niveaux de la pyramide sanitaire. (iii) de nombreux comités de coordination ont été mis en place et débattent régulièrement des problèmes de santé concernant des thèmes bien précis (SIDA, Paludisme, santé de la mère et de l'enfant, etc.) et (iv) certaines initiatives telles que le Centre de Bonnes Pratiques en Santé de l'Hôpital Central de Yaoundé ont été mises sur pied et génèrent des études qui sont partagées avec les acteurs du système.

Le choix des interventions de la SSS reposait sur des bases factuelles, notamment les données présentées dans l'analyse de la situation, ainsi que sur les éléments du rapport d'évaluation à mi-parcours. Toutefois, on peut regretter le fait que cette évaluation à mi-parcours ait été limitée car trop orientée sur le système de soins. Par ailleurs, les principales sources d'inefficacité du système de santé avaient été identifiées grâce à l'outil SQI en 2007 « Systemic Quality Improvement » (SSS 2001-2015, PNDS 2011-2015). En vue d'adresser ces inefficacités, plusieurs documents servant à desserrer les goulots d'étranglement ont été produits, mais tardivement pour certains d'entre eux. Il s'agit entre autre : (i) du *rapport d'analyse sur les ressources humaines en santé de 2009* ; (ii) du *plan de développement des ressources humaines (PDRH) 2013-2017*; (iii) du *rapport d'analyse du système d'information sanitaire réalisé en 2007* ; (iv) du *plan stratégique de renforcement du système d'information sanitaire 2009-2015* ; (v) du *plan stratégique pour la recherche opérationnelle 2013-2017* et (vi) de la *première génération de l'analyse situationnelle de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale de 2008*. À cette liste de documents, peut s'ajouter ceux issus de la déclinaison et de l'opérationnalisation de la SSS 2001-2015 : (i) PCRDS (Plan Consolidé Régional de Développement Sanitaire) ; (ii) PDSD (Plans de Développement Sanitaires des Districts de Santé) ; (iii) PTAs (Plans de Travail Annuels) et (iv) les plans de travail des différents programmes de santé prioritaires.

Points faibles :

Les problèmes d'urgence et de catastrophes ont été pris en compte dans les catégories d'interventions et dans le cadre logique de la SSS 2001-2015 mais cette thématique n'a pas été analysée au préalable dans la section « **état des lieux** ». Il était notamment prévu de réaliser une cartographie des risques sanitaires et de faire des simulations des situations d'urgence , en cohérence avec les plans plurisectoriels.

²⁸ Guide Méthodologique de la Planification Stratégique du Cameroun, 2012.

L'absence d'un diagnostic clair avec priorisation des problèmes à résoudre pendant la durée de mise en œuvre de l'actuelle SSS a justifié la planification d'un grand nombre d'interventions dans le cadre logique avec une pléthore d'indicateurs difficiles à suivre.

Les objectifs formulés et les interventions choisies n'étaient pas toujours en adéquation avec les capacités institutionnelles et les marges de progression antérieures. De plus, la planification n'a pas pris en compte les contraintes et les obstacles, notamment ceux liés aux lourdeurs dans la mobilisation et l'allocation des ressources dans le sous-secteur public (passation des marchés, Taxe sur la Valeur Ajoutée, forte bureaucratie ou centralisation, corruption, etc.). Ceci a contribué à accroître le risque de non atteinte des objectifs fixés.

La non-déclinaison des objectifs en cibles régionales n'a pas permis la prise en compte des paramètres d'équité horizontale dans l'affectation des ressources. Il en est de même de l'allocation des ressources en fonction des quintiles de pauvreté (équité verticale) et des performances réalisées.

L'analyse situationnelle n'a pas pris en compte les urgences sanitaires et catastrophes naturelles ou dues à l'homme, et qui peuvent avoir un impact sur la santé humaine. L'absence des variables et des données pour décrire la situation des urgences et des catastrophes pourrait donc expliquer l'inscription de la cartographie des risques et simulations dans le cadre logique. L'identification de certains risques a été faite, mais aucune stratégie d'anticipation n'a été élaborée (SSS 2001-2015, PNDS 2011-2015). En effet, il n'existe aucun plan de gestion des risques de la mise en œuvre de la SSS 2001-2015.

6.1.2. Processus: solidité et caractère inclusif des processus d'élaboration et d'approbation de la stratégie sectorielle

- *Attribut 5 : Implication des diverses parties prenantes dans l'élaboration de la stratégie et des plans opérationnels nationaux, et approbation par les parties prenantes de la version finale de la stratégie sectorielle.*

Points forts :

Le processus d'élaboration et de validation de la SSS 2001-2015, celui des divers plans nationaux tels que le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015), le CDMT MINSANTE 2010, les programmes de lutte contre les maladies prioritaires, les plans de développement sanitaire des districts de santé ont connu une forte participation des acteurs du secteur. Pendant les phases d'élaboration et de validation de la SSS et des plans opérationnels subséquents, les objectifs des différentes séances de travail prévues et les contributions attendues des participants étaient toujours spécifiés et communiqués en avance (disponibilité d'une fiche technique).

L'élaboration de tous ces plans a été encadrée, puis validée par le comité de pilotage multisectoriel qui regroupe toutes les parties prenantes du secteur (MINSANTE, ministères partenaires, PTFs et société civile).²⁹

- *Attribut 6: Il y a des indications d'un engagement politique de haut niveau envers la stratégie sectorielle.*

Points forts :

La mise sur pied par le Premier Ministre Chef du Gouvernement du Comité de Pilotage de la SSS traduit l'engagement ferme du Gouvernement en faveur de la santé des populations. Par ailleurs, les plans issus de la stratégie, notamment les budgets-programmes, ont fait l'objet des débats parlementaires en commission et en plénière, avant leur adoption. En outre, les députés mandatés par l'Assemblée Nationale et les élus locaux étaient toujours présents durant le processus d'élaboration de la SSS. Enfin, le gouvernement dans son rôle de leader, a renforcé sa coopération avec les partenaires multilatéraux et bilatéraux en vue d'accroître la disponibilité des ressources pour le secteur santé (OMS, 2009³⁰ ; PNDS, 2011-2012).

Points faibles :

Malgré les points forts ci-dessus, il apparaît que la proportion du budget de l'État alloué au secteur reste en deçà des 15% préconisés par la déclaration d'Abuja.³¹ Plusieurs analyses³² faites dans le secteur de la santé montrent que les ressources dudit secteur sont insuffisantes, au regard des besoins identifiés. Ces analyses se basent sur le fait que les budgets du MINSANTE ont été globalement stagnants en termes de proportion du budget de l'État (autour de 5%)³³, avec quelquefois des taux de consommation assez faible (SSS 2001-2015 ; PNDS 2011-2015).

Même s'il n'est pas aisé de capter toutes les dépenses publiques allouées à la « **fonction santé** » notamment dans les administrations partenaires, il est évident que le budget alloué à la santé reste insuffisant.

Pour ce qui concerne la mise en œuvre de la SSS, le gouvernement dans son rôle de principal leader dans la recherche des financements, n'a pas mis en place une stratégie visant à capitaliser les fonds provenant des dépenses des ménages qui contribuent à plus de 70% des dépenses totales de santé au Cameroun.³⁴ Pourtant dans son rôle régalien l'État devrait développer des

²⁹ Cf. Arrêté N° 132/PM du 12 Octobre 2005 du Premier Ministre, chef du Gouvernement, portant création, organisation et fonctionnement du Comité de Pilotage et de suivi de la Stratégie Sectorielle de la Santé

³⁰ Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays: Cameroun: 2010-2015

³¹ Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) : cadre d'action. 08-0333F-HSS.doc.
http://www.unicef.org/wcaro/WCARO_HHA_ConceptNote-fr.pdf

³² RaSSS 2012

³³ RaSSS 2012

³⁴ INS, Comptes Nationaux de la Santé, 2012

mécanismes de gestion de cette source de financement pour renforcer l'efficacité globale et l'équité dans le secteur.

Concernant l'efficacité du secteur, qui n'a pas été prise en compte dans les paramètres de planification, un rapport de la Banque Mondiale paru en 2012 (RASSS, 2012)³⁵ signale fort à propos qu'avec 61 USD de dépense annuelle moyenne par habitant, le Cameroun est largement au-dessus des 34 USD recommandés par l'OMS, mais présente une situation épidémiologique semblable à celle des pays dépensant environ 10 à 15 USD par habitant, soit quatre fois moins.

- *Attribut 7: La stratégie sectorielle est-elle compatible avec les stratégies pertinentes (au niveau supérieur et/ou inférieur), les cadres de financement et les plans ?*

Points forts :

La SSS contribue à l'atteinte d'un certain nombre d'engagements internationaux et nationaux. Le Cameroun a en effet souscrit aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont les 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} objectifs visent la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile et la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.

Au niveau national, cette SSS est alignée sur le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE). Il en est de même pour les documents annexes (PNDS ; Stratégie des programmes) et infranationales (PRCDS, PDS) dont les objectifs découlent de ceux de la SSS.

La méthode de planification du développement au Cameroun mise en place par le Gouvernement à travers le MINEPAT, recommande une approche bottom-up et top-down³⁶. Ces mécanismes ont facilité la mise en cohérence entre la SSS 2001-2015 et le DSCE d'une part, puis entre la SSS 2001-2015 et ses plans opérationnels (PNDS 2011-2015, actions de santé contenus dans les CDMT des ministères partenaires, plans des programmes de santé, plans régionaux, plans de développement sanitaire des districts, etc.) d'autre part.

Des mécanismes ont également été développés à dessein pour assurer cette cohérence, il s'agit notamment des sessions de formation, de la diffusion des directives de planification et de la mise sur pied d'un logiciel informatique approprié.

Le MBB (Marginal Budgeting for Bottleneck - modèle de budgétisation) s'est appuyé sur le cadre des résultats de la SSS et a permis d'élaborer le CDMT 2010 correspondant, établissant ainsi une cohérence entre la stratégie et son cadre de financement.

³⁵ Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun: RaSSS, Banque Mondiale, Vol 1: Résultats, 2012

³⁶ Guide Méthodologique de la Planification Stratégique au Cameroun, 2012

6.1.3. Coût et cadre budgétaire de la stratégie : solidité et faisabilité

- *Attribut 8 : La stratégie sectorielle prévoit un cadre de dépenses, qui comprend un budget et une prévision des coûts exhaustifs des éléments du programme couverts par la stratégie sectorielle.*
- *Attribut 9 : Elle prévoit aussi un cadre budgétaire et des projections de financement réalistes. Si la stratégie n'est pas pleinement financée, il existe des mécanismes pour veiller à l'établissement des priorités conformément à ses objectifs généraux.*

Points forts :

La SSS est dotée d'un cadre budgétaire et de dépenses (CDMT et CBMT). Ces différents documents prennent en compte les programmations et les données macroéconomiques à travers le MBB. L'estimation et les projections de financement de la SSS ont inclus la majorité des sources dont l'État et les PTFs³⁷.

Malgré l'absence d'informations complètes sur les financements du secteur, l'estimation des coûts de la mise en œuvre de la SSS s'est faite à travers le CDMT et le CBMT. Elle a tenu compte de :

- La revue des dépenses publiques de santé accessibles (budget national, Partenaires Techniques et Financiers, etc.) qui synthétise les données existantes pour la détermination des coûts de base pour la période 2004-2007 ;
- L'utilisation de l'application MBB pour la détermination des coûts additionnels. Cette application prend en compte les données et les coûts unitaires des intrants du système de santé, les principaux agrégats macroéconomiques, ainsi que les résultats escomptés de chacune des interventions reconnues internationalement efficaces (frontières de couverture) ;
- l'ensemble de coûts de bases et de coûts additionnels réunis.

Le logiciel MBB a également permis de réaliser des projections de financement de la SSS en prenant en compte le cadre macroéconomique ainsi que les coûts usuels et additionnels. C'est de cette manière que les priorités de la stratégie ont été identifiées et financées (cf. Plan d'Action Prioritaire, qui est un mécanisme gouvernemental permettant à l'Etat de respecter et de financer ces priorités (PAP MINSANTE, 2013 ; PAP MINSANTE, 2014).

Points faibles :

Le CDMT et le CBMT n'ont pas été réalistes pour deux raisons principales :

- De leur déphasage avec les besoins à satisfaire. En effet, le montant des ressources reçues de l'administration ne correspondait pas aux besoins exprimés et était largement en deçà de ceux-ci ;

³⁷ PNDS 2011-2015 ; CDMT 2010

- La non prise en compte de tous les budgets publics alloués à la santé (MINSANTE et secteurs apparentés), du budget du secteur privé et des OSCs ainsi que des dépenses privées des ménages, n'a pas permis d'avoir une meilleure appréciation de toutes les ressources du secteur.³⁸

Les estimations des coûts utilisant la revue des dépenses de santé (RPDS) faites entre 2004 et 2007 ne reposent pas sur une base solide du fait de l'absence d'un système d'information sanitaire efficace. En effet, celui-ci n'est pas à même de fournir des données sanitaires fiables et actualisées pour étudier la situation financière et faire des projections réalistes. Les projections de financement effectuées à l'aide du logiciel MBB n'ont par conséquent pas été réalistes.

La plupart des financements extérieurs ne sont disponibles qu'à court terme et les financements internes ne sont pas suffisamment mobilisés malgré un plaidoyer constant. La collaboration avec les responsables du MINFI et du MINEPAT n'a pas permis d'obtenir des allocations budgétaires suffisantes. Par ailleurs, le taux de croissance annuel des dépenses inscrites dans le PNDS (qui est de 10,89%) était le double du taux de croissance du PIB estimé dans le DSCE, ce qui est contraire à la logique économique pour la redistribution des ressources nationales. De plus, ces projections de financement n'ont tenu compte, ni des financements privés de certains secteurs apparentés, ni de ceux des collectivités territoriales décentralisées et des dépenses privées des ménages.

De plus, les coûts estimés n'ont pas été désagrégés par source de financement et par programme dans le CDMT et dans le CBMT. Cela a rendu difficile l'identification des gaps de financement par programme et la mobilisation des ressources additionnelles nécessaires. Toutefois, dans le PNDS, il a été relevé un gap de financement global de 21%.

Bien que les risques et les incertitudes liés aux financements aient été mentionnés dans le cadrage budgétaire, les conséquences de ces risques et incertitudes n'ont pas été anticipées, analysées et classifiées, du fait de l'absence d'un plan de gestion des risques. En effet, trois types de risques financiers majeurs avaient été identifiés :

- Le risque de désengagement de certains bailleurs ;
- Le risque de non-pérennisation des financements de court terme ;
- La tendance du gouvernement à financer prioritairement le secteur production au détriment du secteur social.

Tous les problèmes mentionnés ci-dessus ont empêché d'avoir une visibilité claire sur les dépenses de santé et d'atteindre les 15% du budget national préconisé par la Déclaration d'Abuja.

Le manque d'un plan de financement et de mobilisation des ressources et d'un plan de gestion des risques de financement a été le talon d'Achille de la stratégie échue.

³⁸ Enquête PETS, 2010

6.1.4. Mise en œuvre et gestion : solidité des dispositions et des systèmes de mise en œuvre et de gestion des programmes contenus dans la stratégie sectorielle

- *Attribut 10 et 11: Les plans opérationnels sont élaborés de façon régulière à travers un processus participatif ; ils décrivent en détail comment les objectifs du plan stratégique seront atteints. La stratégie sectorielle décrit comment les ressources seront déployées pour atteindre les résultats et améliorer l'équité, y compris comment les ressources seront attribuées à l'échelon infranational et aux acteurs non gouvernementaux.*

Points forts :

La SSS 2001 – 2015 échue a été élaborée de manière participative impliquant tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le PNDS et les plans opérationnels subséquents précisent les activités opérationnelles à exécuter ainsi que les responsabilités des différents acteurs. Suivant l'approche top-down et bottom-up qui a été utilisée, des lignes directrices et des outils de planification ont été fournis aux districts de santé, aux DRSP, aux programmes et aux hôpitaux régionaux, pour faciliter à tous les niveaux, l'alignement stratégique des différents plans élaborés.

Le cadre de mise en œuvre de la SSS organise la prestation des soins sur le modèle des PMA (Paquet Minimum d'Activités) et des PCA (Paquet Complémentaire d'Activités). Ces documents ont été diffusés dans les services de prestation des soins du MINSANTE, des ministères partenaires, et dans les OSC prestataires de services de santé. De plus, trois approches avaient été identifiées : les services à base communautaire et familiale, les services promotionnels et préventifs orientés vers la population et les services cliniques (SSS, PNDS, CDMT).

Les contraintes de logistique, d'information et du système de gestion n'ont été analysées ni dans la SSS échue, ni dans le PNDS 2011-2015. Mais des interventions ciblées visant le renforcement de la logistique et du système d'informations ont été inscrites dans le cadre logique d'intervention de la SSS. Pour la logistique notamment, des interventions relatives au renforcement de tous les piliers du système de santé et du parc automobile selon les normes ont été prévues. Il en est de même de l'inscription des interventions visant l'amélioration des capacités logistiques et des stocks du SYNAME³⁹.

En ce qui concerne les ressources humaines en santé, un plan de développement des RH⁴⁰ a été élaboré et est en cours de mise en œuvre.

Points faibles :

Pour ce qui est de la mise en œuvre de la SSS 2016-2027 et du PNDS 2016-2020, les interventions de certains ministères partenaires prestataires des soins curatifs, préventifs et promotionnels n'ont pas été suffisamment prises en compte dans le « *cadre de résultat de la SSS*

³⁹ Le renforcement des piliers et de la logistique est en effet un préalable majeur pour l'atteinte des résultats projetés dans la SSS.

⁴⁰ Plan de Développement des Ressources Humaines en Santé, 2013-2017

2001-2015 ». C'est notamment le cas de certains acteurs clés tels que : le MINESUP, le MINDEF, MINEDUB et MINEE, (Voir SSS 2001-2015 P.98 à 106). Par ailleurs, peu d'informations sont disponibles sur les ressources humaines, matérielles et financières requises pour la mise en œuvre adéquate des interventions de santé dans ces ministères partenaires.

La SSS 2001-2015 et le PNDS 2011-2015 ne décrivent pas de critères transparents d'attribution des ressources en vue d'améliorer l'équité et l'efficacité. Ce problème s'observe avec plus d'acuité pour ce qui concerne les ressources humaines du secteur. Les informations sur les efforts de normalisation qui sont entrepris sont peu partagées entre les différents départements ministériels. Il est important de relever que le PDRH du MINSANTE adresse cette préoccupation. Signalons tout de même que, le PNDS et le CDMT avaient comme principe directeur majeur une augmentation progressive des ressources allouées au niveau périphérique.

La SSS échue n'a pas défini des mécanismes transparents d'allocation des ressources aux différents acteurs étatiques et non étatiques du système de santé (CTD, OSC/ONG, secteur privé, etc.). Bien que la décentralisation ait été retenue dans la SSS 2001 - 2015 et le PNDS 2011 – 2015 comme stratégie de mise en œuvre et de financement de la santé, son implémentation effective reste mitigée et à améliorer. Pourtant, une SSS de qualité ou ses documents subséquents devraient décrire comment les ressources humaines et financières seront mobilisées, puis déployés à court et à moyen terme dans le système de santé. Cela permet de mieux capitaliser les acquis et d'améliorer l'efficacité globale du système de santé (éviter les doublons d'interventions et minimiser le gaspillage de ressources).

- *Attribut 12: L'adéquation des capacités institutionnelles existantes pour la mise en œuvre de la stratégie a été évaluée et il existe des plans pour améliorer les capacités requises (y compris le PISE et les plans d'assistance technique).*

Points forts :

La SSS 2001-2015 a prévu le renforcement des capacités institutionnelles, comme préalable pour une mise en œuvre réussie des interventions planifiées. Dans le cadre logique de cette stratégie, il est clairement mentionné pour ce qui concerne le pilier « ressources humaines », la nécessité d'élaborer un PDRH. Celui-ci devrait permettre au système d'avoir une bonne visibilité sur la main d'œuvre nécessaire pour l'exécution des interventions et des tâches retenues dans la SSS.

S'agissant des ressources financières et du processus gestionnaire, la SSS échue et le PNDS 2011-2015 ont prévu la prise en compte du CDMT dans les processus de planification et de programmation budgétaire, comme moyen d'amélioration de la capacité d'implémentation de la SSS. Dans le même sens, la mise sur pied des chaînes PPBS (Planification Programmation Budgétisation Suivi Évaluation)⁴¹ dans tous les départements ministériels permet une mise en

⁴¹ Circulaire N0050/MINEPAT du 24/09/09 du Ministre de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT) portant réactivation des comités internes PPBS dans tous les départements ministériels.

œuvre plus cohérente des stratégies à périmètres ministériels. On peut aussi mentionner l'existence du Conseil Interministériel d'Examen des Programmes (CIEP)⁴² ainsi que la création d'un comité de pilotage de la SSS qui sont tous des organes ayant pour mission d'assurer l'efficacité de la mise en œuvre des stratégies sectorielles élaborées. En effet, le CIEP concourt à la mise en œuvre des stratégies sectorielles en faisant des ajustements dans les institutions de mise en œuvre et en renforçant leurs capacités institutionnelles.

Points faibles :

Les capacités institutionnelles (Ressources Humaines en Santé, infrastructures, équipements, gouvernance, financement, partenariat, etc.) ne sont pas en adéquation avec les objectifs projetés dans la SSS. À titre purement illustratif, les déficits qualitatifs et quantitatifs en RHS identifiés dans la SSS et dans le PDRH ne pouvaient être comblés durant la période de mise en œuvre de cette stratégie sectorielle⁴³. Mis à part le logiciel SIGIPES, au moment de l'élaboration de la SSS, il n'existait aucun système d'information pour la gestion des ressources humaines en santé. S'agissant toujours des ressources humaines, cette stratégie ne mentionne pas les aspects de motivation des personnels et de leur fidélisation au poste de travail etc. Toutefois, ces aspects et bien d'autres ont été décrits dans l'état des lieux des RH et pris en compte dans le PDRH qui a été élaboré en 2013 c'est-à-dire deux ans avant l'évaluation finale de la stratégie. Or, ce PDRH aurait dû être élaboré immédiatement après l'adoption de la SSS pour solutionner les problèmes de ressources humaines identifiés dans le chapitre « *diagnostic de l'état des lieux* » de la SSS échue.

Le pays ne dispose pas encore d'une carte sanitaire validée, et les besoins en équipement et en infrastructures sanitaires ne sont pas encore satisfaits. En effet, en valeur absolue, le nombre des formations sanitaires de premier échelon est élevé⁴⁴ et donne théoriquement un ratio global de 01 CSI pour 6533 habitants qui est satisfaisant. Mais nous ne disposons d'aucun document nous permettant de renseigner la proportion des FOSA construites et équipées selon les normes, ni leur répartition selon les besoins. Il en est de même de la disponibilité des informations sur la proportion des FOSA dont le niveau de vétusté a été évalué.⁴⁵ Cette faible visibilité sur le respect des normes en matière de couverture sanitaire a indubitablement eu un impact sur la mise en œuvre de la SSS.

Il n'existe pas de PISE⁴⁶ sectoriel. Toutefois, celui élaboré par le MINSANTE n'a jamais été validé. La mise en place d'un système de suivi/évaluation n'a pas bénéficié de toutes les ressources nécessaires pour le suivi optimal des indicateurs et des performances projetées dans la stratégie. Dans le même ordre d'idées, le SIS et la recherche opérationnelle en santé peu

⁴² Rapport du Comité Interministériel d'Examen des Programmes (CIEP), session du 19/08/2012

⁴³ MINSANTE 2012, Rapport de la Revue Thématique du Secteur Santé

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ PISE (Plan Intégré de Suivi Évaluation)

développés n'ont pas permis de monitorer de manière efficace la mise en œuvre de la Stratégie, par manque de ressources.

Enfin, l'analyse des besoins en assistance technique n'est pas visible dans le document de la SSS 2001-2015. Les propositions d'assistance technique sont souvent faites au MINSANTE par les partenaires techniques ou dans le cadre des conventions bi ou multilatérales. C'est la Division de la Coopération qui sert d'interface à ce processus.

Les ressources financières quant à elles sont toujours en deçà des besoins exprimés (RASSS, 2012) malgré les nombreux plaidoyers effectués par le MINSANTE pour une augmentation substantielle des ressources financières qui lui sont allouées.

- *Attribut 13 : La gestion financière et les dispositions de passation des marchés sont appropriées, conformes aux règles, et permettent de rendre des comptes. Les plans d'action visant à améliorer la gestion financière publique et la passation des marchés remédient aux faiblesses identifiées dans la stratégie et dans les autres travaux analytiques.*

Points forts :

L'Etat a mis en œuvre un nouveau régime financier⁴⁷ et une nouvelle politique de gestion des marchés publics afin que sa gestion soit plus flexible⁴⁸, performante et axée désormais sur les résultats. Ces mécanismes sont régulièrement actualisés par les lois des finances portant exécution du budget de l'État et du code de passation des marchés publics. Ces marchés publics sont gérés par des commissions multipartites à tous les niveaux de la pyramide et leurs défaillances sont analysées et corrigées par l'ARMP, le MINMAP et les autorités administratives. Les mesures correctrices pour adresser ces déficiences sont prises de manière consensuelle avec les acteurs clés du secteur lors de l'élaboration du CDMT à travers l'outil MBB (CDMT 2010).

En plus, dans les structures publiques du MINSANTE, depuis la réorientation des soins de santé primaire, il existe des structures de dialogue qui participent à la mise en œuvre du principe de cofinancement et de cogestion (COSA, COGEDI, COGEH, Conseils d'administrations)⁴⁹ favorisant ainsi la redevabilité entre les acteurs.

Pour ce qui est des acteurs publics, les mêmes procédures d'audit interne s'imposent à tous mais utilisent des approches différentes : inspections générales, CONSUPE, CONAC, etc. Ces audits concernent les aspects financiers, les processus de passation des marchés publics et même les performances de gestion. Ils ont lieu de manière routinière et sont très souvent complets dans les projets et programmes. Les rapports sont transmis au conseil de discipline budgétaire de l'État,

⁴⁷ Loi N° 2007/007 portant Nouveau Régime Financier de l'État

⁴⁸ Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun: RaSSS, Banque Mondiale, Vol 1: Résultats, 2012

⁴⁹ Déclaration Nationale de la Réorientation des Soins de Santé Primaire au Cameroun, 1993

ainsi qu'à la cour des comptes. En cas d'indélicatesse avérée, les dossiers sont transmis au tribunal pour la suite des procédures.

Les responsabilités relatives au suivi financier et aux comptes rendus sont clairement décrites en ce qui concerne les structures sanitaires publiques, les projets et programmes. Pour ce qui est de l'examen du financement de la santé, les comptes nationaux de santé seront désormais produits avec la participation de l'Observatoire National de la Santé.⁵⁰

Les structures de santé produisent des rapports financiers de routine à tous les niveaux de la pyramide. Cependant, ces derniers ne prennent pas en compte tous les flux de financement et ne sont pas toujours consolidés à l'échelon supérieur. Ces rapports servent néanmoins de base pour l'élaboration des budgets de l'année suivante. Lesdits rapports sont examinés et validés par les structures de dialogue au niveau déconcentré ; puis par le parlement lors de la validation du budget global du MINSANTE.

Sauf avis de l'ordonnateur principal (ou de son représentant), les ordonnateurs délégués ne peuvent pas modifier les lignes de crédits de budget de l'État dans les structures sanitaires publiques.⁵¹ Dans le cas des structures génératrices de ressources, cette flexibilité est autorisée par le conseil d'administration ou le comité de gestion et les règlements intérieurs. Enfin, le cadre conceptuel du PISE avait prévu la mise en place de plusieurs mécanismes pour détecter et limiter les goulots d'étranglement pouvant empêcher l'atteinte des résultats projetés (SSS 2001-2015, PNDS 2011-2015). Il s'agissait des activités de suivi-évaluation, des revues sectorielles, de supervision des différents projets, programmes etc. Mais toutes ces activités n'ont pas été suffisamment mises en œuvre faute de ressources financières.

Points faibles :

Il n'existe pas de normes et de procédures standardisées pour la gestion financière dans le secteur de la santé. Chaque acteur a ses propres procédures, y compris ses propres règles de passation de marchés et d'approvisionnement en intrants (RASSS, 2012)⁵². De même, on relève l'absence d'une commission pluripartite en charge de l'exécution du budget dans le secteur de la santé, les budgets étant gérés par les départements ministériels et les PTF. Cette diversité des procédures accroît la charge de travail des acteurs de mise en œuvre de la SSS et impacte négativement l'atteinte des résultats.

Par ailleurs, à l'exception des services centraux du MINSANTE, il n'existe pas de manuel de description des postes de travail. Cette faiblesse qui est surtout observée dans les structures sanitaires publiques⁵³ a pour conséquence la récurrence des conflits entre acteurs, et la baisse des

⁵⁰Décret n° 2010/2952/PM du 1^{er} Novembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de l'Observatoire de la Santé Publique

⁵¹ Circulaires du Ministre des Finances sur l'exécution du budget de l'État

⁵² Rapport sur la Santé et le Système de Santé au Cameroun: RaSSS, Banque Mondiale, Vol 1: Résultats, 2012

⁵³ Ibid.

performances dans les structures de santé concernées. Les procédures d'audit ne sont pas uniformisées dans le secteur santé.

De plus, les flux de déboursement sont perturbés par des retards chroniques dus d'une part à la non-maîtrise des procédures des Memorandum of Understanding (MoU) et d'autre part, aux lourdeurs des procédures administratives publiques.

Enfin, la SSS 2001-2015 et le PNDS 2011-2015 n'ont pas décrit des modalités alternatives de financement car n'ayant pas au préalable élaboré des scénarios prenant en compte les problèmes d'indisponibilité financière et les plans de gestion des risques y relatifs. Ceci a constitué un véritable goulot d'étranglement pour l'atteinte des objectifs projetés dans ces deux documents.

- *Attribut 14: Les mécanismes de gouvernance, de redevabilité, de gestion et de coordination en vue de la mise en œuvre sont précisés.*

Points forts :

Les mécanismes de coordination de la mise en œuvre de la SSS n'ont pas suffisamment été décrits dans la SSS. Néanmoins, ces mécanismes existent au sein des organes comme le Conseil Interministériel pour l'Examen des Programmes (CIEP) chargé d'assurer la cohérence des programmes des secteurs. Le comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la SSS est un cadre réglementaire pour assurer la coordination et la redevabilité dans le secteur santé. Il en est de même des réunions de coordination organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Celles-ci sont des moyens permettant à une structure sanitaire, de s'assurer de la conjonction des efforts de l'ensemble des acteurs pour atteindre les objectifs fixés.

Pour ce qui concerne la gouvernance, la législation en vigueur prévoit des sanctions administratives ou judiciaires selon la catégorisation des fautes commises (code pénal, code civil, tribunal spécial, comité de discipline budgétaire du CONSUPE, cour des comptes).

Points faibles :

Les structures et les mécanismes de gouvernance, de gestion et de coordination permettant d'assurer la redevabilité n'ont été décrits ni dans le chapitre « état des lieux » de la SSS, ni dans celui du PNDS. Toutefois, la bonne gouvernance a été évoquée comme condition de réussite du CDMT. Il y est notamment mentionné le renforcement des activités de suivi-évaluation et de la coordination, de la lutte contre la corruption, et de l'alignement de l'action des PTF sur les plans nationaux élaborés, conformément à la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Cependant, ces activités ont été faiblement mises en œuvre au cours de la période de validité de la SSS 2001-2015.

Dans la SSS 2001-2015, le PNDS 2011-2015 et les autres documents subséquents, les acteurs de mise en œuvre ont été identifiés, mais les mécanismes de leur redevabilité n'ont pas été clairement définis.

Dans la situation actuelle, le niveau périphérique ne dispose pas formellement d'un cadre de coordination équivalent au COPIL-SSS du niveau central. En effet, malgré l'existence des Fonds Régionaux de Promotion de Santé, le COPIL-SSS ne dispose pas des démembrements au niveau régional et opérationnel qui puissent l'assister véritablement dans ses missions de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé.

Enfin, la logique d'opérationnalisation de la SSS n'a pas été suivie. En effet, les Plans de développement sanitaire de districts élaborés, devaient être consolidés au niveau régional. Les budgets desdits plans devaient à leur tour constituer la base de l'élaboration du CDMT. Ce processus n'a pas toujours été respecté à cause de la faible coordination des actions des acteurs à tous les niveaux.

6.1.5. Suivi, révision et évaluation finale : solidité des mécanismes de révision et d'évaluation et modalités d'utilisation des résultats

- *Attribut 15 et 16: Le plan de suivi et d'évaluation est solide, reflète la stratégie et comporte des indicateurs clés ; il précise les sources d'information, les méthodes et les responsabilités pour la collecte, la gestion, l'analyse et l'assurance de la qualité des données. Il existe un plan conjoint d'examen périodique des performances ainsi que des processus par lesquels les conclusions alimenteront la prise de décisions et les actions.*

Points forts :

Un cadre de résultats et un cadre logique d'intervention ont été conçus dans la SSS échue et il existe un ensemble équilibré des cibles à atteindre et d'indicateurs à renseigner pour évaluer les résultats obtenus et apprécier les progrès réalisés (SSS 2001-2015, PNDS 2011-2015). En plus, des outils avaient été prévus pour évaluer les performances de chaque structure de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Systemic Quality Improvement).

Points faibles :

Il n'y a pas eu à proprement parler un plan de suivi-évaluation, car le document élaboré à cet effet n'avait pas été validé. Celui-ci aurait permis d'apprécier, en temps réel, l'évolution des performances réalisées à court, moyen et long termes dans les structures sanitaires.

De plus, il n'existe ni de plan conjoint d'examen périodique des performances dans le secteur, ni des processus par lesquels les conclusions formulées lors de cette évaluation seront utilisées pour une prise de décisions éclairée. Certains outils tels que le SQI (Systemic Quality Improvement) avaient été prévus pour évaluer les performances de chaque structure de santé, en appréciant la valeur de chaque indicateur de son PTA. Mais cet outil n'a pas été utilisé pour le suivi des performances réalisées.

Dans l'ensemble, les indicateurs des objectifs de la SSS n'étaient pas SMART, notamment en raison du fait qu'ils n'étaient pas réalistes. De plus, les capacités institutionnelles étaient surestimées pour l'atteinte des objectifs projetés dans cette stratégie.

6.2. *Recueil et analyse des perceptions des bénéficiaires et des acteurs de mise en œuvre de la SSS*

6.2.1. Perceptions des bénéficiaires

6.2.1.1. Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

La majorité des participants aux FGD des dix régions (75%), apprécient la mise à leur disposition des vaccins gratuits pour la prévention des maladies évitables par la vaccination mais, ils ne sont pas toujours informés des autres prestations et interventions de santé maternelle et infantile offertes gratuitement. Plus de la moitié des participants aux focus group discussion dans les 10 régions déclarent avoir payé des prestations supposées être gratuites (vaccination, prise en charge du paludisme, ARV, etc.). Par ailleurs, dans la quasi-totalité des régions, les femmes avouent qu'elles sont souvent victimes des violences verbales et même parfois physiques pendant leur accouchement dans les formations sanitaires publiques (Extrême-Nord). Une dame a d'ailleurs affirmé : « *Les personnels de santé nous avancent des mauvaises paroles pendant l'accouchement et certains personnels de santé ont du mal à garder les secrets professionnels des femmes qui sont venues enfanter chez eux* ». Dans le même sens, une femme interrogée dans la région du Nord se plaignait en disant : « *nous préférons que ce soient même les hommes qui nous accouchent, car certaines infirmières grondent et giflent parfois les femmes en travail* ».

Toutes les personnes enquêtées se sont plaintes du coût élevé des prestations de CPN et des accouchements dans les formations sanitaires publiques, ainsi que du manque de personnel. Dans certaines régions (Nord, Est, et Sud), le problème de l'accessibilité géographique et culturelle des formations sanitaires a été posé. Il en est de même de l'avis de l'époux qui est requis avant la consultation dans les FOSA et l'utilisation des services de SRMNI (Extrême-Nord, Nord, Adamaoua, Nord-Ouest et Est. Dans le Sud-Ouest, 45% des personnes enquêtées ont déploré l'insuffisance des actions communautaires en faveur de la SRMNI.

Les problèmes d'accessibilité géographique et financière aux services de SRMNI, ainsi que l'insuffisance des services de SONEU de qualité sont récurrents dans les régions (Sud-Ouest, Sud et Ouest). Les facteurs socioculturels sont souvent à l'origine de la sous-utilisation des formations sanitaires dans la plupart des régions. Dans l'Extrême-Nord par exemple, « *certaines hommes ne veulent pas que d'autres hommes fassent accoucher leurs femmes de peur que ceux-ci ne les désirent... car tout part de la vue* ». Certaines personnes pensent même que la CPN est inutile et préfèrent recourir aux services des accoucheuses traditionnelles qui ne sont pourtant pas qualifiées pour effectuer les accouchements.

6.2.1.2. Promotion de la santé

Dans la majorité des régions, la pratique des gestes usuels d'hygiène corporelle, comme le lavage des mains ou des fruits et légumes avant leur consommation, de même que l'utilisation des toilettes, reste un défi pour les populations, tant en zone urbaine que rurale. De même, la gestion collective ou individuelle des déchets reste encore problématique. Certains leaders communautaires affirment avoir sensibilisé les populations sur les pratiques et comportements favorables à la santé, mais reconnaissent qu'ils sont peu écoutés par leurs populations.

Par ailleurs, le sevrage précoce des enfants a été décrié par les participants aux FGD de la région de l'Ouest et de l'Extrême-Nord. Toutefois, certains continuent à penser que le « *colostrum est un lait sale qui favorise la survenue de maladies chez le nouveau-né* ». S'agissant des pratiques alimentaires, certains participants estiment que l'essentiel c'est « *d'avoir le ventre plein* », et il est préférable de « *vendre les bons aliments que l'on produit pour avoir un peu d'argent (poulets, gibier etc.) et consommer les bourratifs qui nous rassasient* ».

Dans la région du Littoral, certains participants ont évoqué le « *manque de collaboration et la faible implication de la mairie* » pour ce qui concerne la mise en œuvre des activités de promotion de santé (assainissement du milieu particulièrement).

La plupart des personnes enquêtées pensent que la supplémentation en micronutriments, les campagnes locales d'hygiène et d'assainissement, les activités des clubs santé dans les établissements scolaires, et les campagnes de communication, doivent être menées régulièrement et non pas de manière épisodiques. Enfin, le type d'offre de services disponible dans le secteur n'était pas toujours en adéquation avec les perceptions, les croyances et les attentes des populations.

D'autres faiblesses ont été relevées par les enquêtés, notamment : (i) la faible prise en compte des activités de promotion de la santé dans les PTA élaborés (toutes les régions) ; (ii) l'insuffisance d'une communication locale permanente pour impulser le changement de comportement des populations (6 régions sur 10) ; (iii) la faible disponibilité de ressources humaines qualifiées ; (iv) la faible appropriation des questions de santé par certains acteurs clés comme les CTD, les structures de dialogue, les OSC. Parmi ceux-ci, près de la moitié déclare « *qu'ils sont là pour aider la population mais n'ont pas toujours les compétences techniques appropriées, ni de fonds propres. En effet, ils comptent sur les financements publics pour exécuter leurs activités et obtenir par conséquent une rémunération pour le travail réalisé* ».

6.2.1.3. Lutte contre la maladie (prévention et prise en charge des cas)

La majorité des personnes interrogées lors des FGD (70%) n'ont pas des connaissances appropriées pour ce qui concerne les causes et les moyens de prévention des maladies non-transmissibles (cancers, hypertension, diabète etc.). Pourtant, leurs leaders communautaires sont le plus souvent impliqués dans les campagnes de sensibilisation (IEC) pour la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles organisées dans la plupart des districts (toutes les régions).

Par contre, toutes les personnes consultées (100%) connaissent les causes et les moyens de prévention des principales maladies transmissibles (SIDA, Paludisme, Tuberculose).

Quant à la prise en charge des cas, toutes les personnes enquêtées se plaignent des responsables des services qui ne prennent pas suffisamment en considération leurs capacités à payer les soins : *« ce n'est pas la première fois qu'on a ce genre de discussion avec eux. Tout ce qu'on leur dit n'est pas pris en compte. On souhaiterait que le médecin soit toujours disponible pour les cas graves ou urgents quand on arrive à l'hôpital et qu'on casse le coût des soins... On a écrit cela dans la boîte à suggestions mais rien n'a changé ... les soins coûtent chers. Je suis venu à cette réunion parce que je respectais le délégué »* (Nord, Sud-Ouest).

Dans le cadre de la prévention du paludisme, les moustiquaires imprégnées d'insecticides, bien que disponibles, sont souvent utilisées pour des activités aussi surprenantes que la pêche (Littoral, Est), la fermeture des enclos pour troupeaux (Nord, Extrême-Nord) ; pour les pépinières (Littoral) et les cadeaux pour des amis. Concernant la prévention de l'infection à VIH, dans la région du Nord-Ouest, la stigmatisation de la maladie reste un frein au dépistage et dans la plupart des régions, il est mal perçu que les femmes achètent des préservatifs (Nord, Adamoua).

Concernant l'itinéraire thérapeutique des malades, quelques personnes interrogées (35%) ont déclaré que la plupart des gens ne vont à l'hôpital que lorsque les traitements traditionnels sont inefficaces. Par ailleurs, *« les longues procédures pour être reçu par les médecins »* expliquent leur recours fréquent à (i) l'automédication avec les médicaments de la rue, (ii) la consultation des tradipraticiens, (iii) l'utilisation de la pharmacopée traditionnelle. À titre d'exemple, certains participants ont déclaré qu'en première intention, ils soignent *« le diabète avec le Moringa »* (Nord) ou encore *« pour la rougeole, beaucoup ne vont pas à l'hôpital ; on macère les feuilles de tamarin dans de l'eau qu'on lui fait boire et par la suite on lave l'enfant avec le reste »* (Centre, Sud, Est). Enfin, certains *« fréquentent les églises réveillées et préfèrent remettre leur sort à Dieu pour leur guérison »* (Toutes les régions).

Les autres raisons évoquées pour expliquer la préférence accordée à l'automédication étaient la faible accessibilité géographique et financière des FOSA publiques et la mauvaise qualité de l'offre de services (environnement insalubre, mauvais accueil, infrastructures et équipements vétustes, absentéisme des prestataires des services et des soins, corruption, temps d'attente élevé, manque d'empathie) (Toutes les régions). Une note moyenne de 2/5, soit 40% a été attribuée par les enquêtés de la région de l'Adamaoua concernant leur niveau de satisfaction lors de l'utilisation des formations sanitaires publiques.

Les interventions de lutte contre la maladie dans la SSS 2001-2015, notamment celles concernant les programmes verticaux de santé, sont souvent bien perçus (vaccination, distribution de moustiquaires, médicaments gratuits, subvention des soins de dialyse...) (Toutes les régions). Mais certaines interventions gratuites sont variablement appréciées. Dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est et du Sud-Ouest par exemple, les problèmes de communication sur les

éléments de la gratuité entraînent des perceptions erronées des usagers « *ce qui est gratuit là, il faut encore bien voir ce qui se cache dedans* ».

6.2.1.4. Viabilisation du district de santé

Les enquêtés de toutes les régions ont été unanimement dénoncé la corruption qui gangrène la bonne marche des formations sanitaires. Les comités locaux de lutte contre la corruption sont présents dans toutes les régions mais sont des « *coquilles vides* ». Concernant les dénonciations à travers les boîtes à suggestions, les personnes interrogées dans la région de l'Est déclarent: « *ce sont toujours les responsables qui dépouillent les boîtes à suggestions* », alors que ces boîtes « *doivent être gérées par un comité indépendant et non plus seulement par les administrateurs des hôpitaux* ».

La cogestion des formations sanitaires et le contrôle social sont décrits de manière unanime comme étant « *ineffectifs* » (6 régions). « **Les chefs** » **entretiennent le flou dans la gestion des FOSA. Très souvent, les représentants de la communauté ne sont pas informés des dates des réunions et des différentes activités programmées** » (Sud). Dans la région du Centre, les participants suggèrent qu'il « *faut placer les personnes neutres de la communauté dans le comité de gestion de l'hôpital* » et « *former les communautés pour qu'elles comprennent tous les enjeux* ». Dans le Littoral, on relève que « *Les présidents des COGEH (maires) décident unilatéralement de l'achat de certains intrants sans préalablement consulter le médecin chef sur leur pertinence et viennent faire des dons à l'hôpital ; certains n'ont pas mis en place des mécanismes pour informer régulièrement tous leurs administrés sur la gestion de l'hôpital* ». De manière générale, dans toutes les régions, très peu de communes mobilisent de l'argent pour soutenir les actions de santé de leurs populations.

Dans le Sud, les enquêtés ont déclaré « qu'il y a un manque de collaboration et parfois de la méfiance entre le président du COGEH et le médecin chef... Les plaintes de la communauté ne sont pas souvent prises au sérieux ». Les recettes de l'hôpital de district sont gérées par le COGEH et le budget du Service de Santé du District par le COSADI. Mais les Chefs de Service de Santé de District (CSSD) « influencent considérablement les présidents de COSADI. Ces derniers, le plus souvent, se contentent juste de signer les documents » (3 Régions).

La population n'est pas toujours informée de ce qui se passe dans le district de santé parce qu'il n'existe pas de suivi des activités de communication entre le président du COSADI et la population qu'il représente.

Enfin, l'effectivité de la participation active des structures de dialogue à l'amélioration des performances sanitaires n'est pas documentée dans la plupart des régions et la majorité des membres des structures de dialogue sont choisis par complaisance et n'ont pas dans certains cas le profil requis pour assumer la fonction de président du COSADI/COGEH (6 Régions). La mise en œuvre du principe de cogestion avec les structures de dialogue semble n'exister que sur le papier : « **les responsables des structures sanitaires veulent tout gérer seuls** ».

6.2.2. Perceptions des acteurs du niveau intermédiaire et opérationnel

6.2.2.1. Disponibilité, connaissance et utilisation de la SSS 2001-2015

Même si quelques prestataires des niveaux intermédiaire et opérationnel enquêtés ont entendu parler de la SSS 2001-2015, très peu parmi eux l'ont effectivement lu à cause de sa faible disponibilité. La plupart n'ont que de vagues connaissances du contenu de cette stratégie (7 régions). Dans la région de l'Extrême-Nord, un chef de centre a répondu : « ...ils font ça là-bas à Yaoundé. On peut parler d'un élément, on vous jette car vous ne connaissez pas le document. Vous devez exécuter seulement...c'est tout ...On vous dit "sous haute instruction" et vous exécutez seulement...ici c'est comme ça ».

Par ailleurs, les responsables de la Délégation Régionale de la Santé Publique et ceux des district s'accusent réciproquement : ceux du niveau opérationnel affirment que leurs chefs du niveau régional ne vulgarisent pas les documents stratégiques reçus et font de la rétention d'informations alors que ceux du niveau régional estiment qu'il y a un manque d'intérêt des acteurs du niveau opérationnel pour l'appropriation des documents de portée stratégique (7 régions). Dans la région de l'Ouest, certains trouvaient que « ...les objectifs de la SSS n'étaient ni clairs, ni compréhensibles et pas clairement ressortis. Le document est important mais il faut le rendre plus opérationnel en identifiant clairement les indicateurs par niveau et en simplifiant le langage qui est trop technique ».

Enfin, certaines personnes travaillant dans les délégations régionales des ministères partenaires et certains prestataires du sous-secteur privé, ont déclaré n'avoir jamais entendu parler, ni vu le document (régions de l'Extrême-Nord, de l'Est, du Sud-Ouest et du Nord-Ouest)

6.2.2.2. Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

Les acteurs de toutes les régions déplorent l'insuffisance des ressources financières et humaines qualifiées pour une offre des services de SRMNI de qualité. En effet, les ressources humaines disponibles dans les FOSA sont très insuffisantes au regard de la charge de travail par poste de travail. L'un d'eux dira « même le gardien pratique l'accouchement. Imaginez qu'une femme arrive à la formation sanitaire et que le chef de centre est par exemple en réunion...il est le seul et donc n'a pas d'autre choix que de pratiquer cet accouchement comme il peut avec les résultats qu'on connaît tous... il y en a certains accouchements qui sont accompagnés par Dieu c'est-à-dire que ça relève du miracle». (Extrême Nord)

6.2.2.3. Promotion de la santé

La totalité des acteurs des niveaux intermédiaire et opérationnel pensent que les populations sont incapables de prendre en charge leurs problèmes de santé et doivent être soutenues et

accompagnées « le *niveau central doit soutenir financièrement les activités de et les interventions de promotion de la santé organisées par le niveau opérationnel* » (toutes les Régions).

Les acteurs de mise en œuvre de la SSS ont reconnu que peu d'efforts étaient consentis pour amener les populations à adopter des comportements sains qui ne les prédisposent pas à la survenue des maladies. Pour ces acteurs, la persistance des comportements malsains s'explique par : (i) les financements insuffisants alloués à la promotion de la santé, (ii) l'existence des facteurs socioculturels néfastes à la santé qui plombent et retardent le déclic attendu.

6.2.2.4. Lutte contre la maladie

Les prestataires des soins de toutes les régions ont décrié : (i) l'insuffisance des ressources financières et humaines de qualité dans les FOSA des zones rurales, (ii) l'absence des guides et procédures opérationnelles de prise en charge des cas, (iii) la charge de travail élevée pour le personnel des FOSA publiques des zones urbaines.

6.2.2.5. Viabilisation du district de santé

Les personnels du niveau opérationnel se considèrent comme de simples exécutants dans la chaîne de mise en œuvre des interventions de santé : « *l'autonomisation du district de santé reste embryonnaire que ce soit du point de vue de l'autonomie technique, l'autonomie financière et l'autonomie institutionnelle... Pour nous, tout est géré au niveau central* » (Centre). En effet, « *vous-même vous savez que le chef de district en ce qui concerne la gestion des ressources humaines en termes de recrutement, sanction, motivation... n'a pas de pouvoir* » (toutes les régions).

Une des raisons de cette faible autonomisation identifiée par les participants, est la gestion centralisée des ressources humaines. Un participant de l'Extrême-Nord déclare : « *Les problèmes des ressources humaines que nous rencontrons sont dus à la forte centralisation de la gestion des ressources humaines, y compris celle de leur solde ; à l'impunité dans les cas d'abandon de poste qui encourage la désertion du personnel qualifié ; aux retards dans le paiement des salaires, car certains personnels font deux ans sans salaire.* »

Les problèmes de gouvernance dans les FOSA ont été relevés par les participants de toutes les régions comme ceux qui plombent les performances attendues. Ceux-ci se manifestent par : (i) les pratiques de corruption dues aux faibles salaires et au manque d'empathie, (ii) la mauvaise application des textes sur les quotes-parts, (iii) la démotivation du personnel qui travaille dans les FOSA publiques. Par ailleurs, les acteurs du niveau opérationnel et régional ont relevé le manque de synergie d'action dans leur accompagnement par le niveau central notamment pour ce qui concerne : la planification, la coordination et le suivi-évaluation des interventions de santé.

Enfin, tous les prestataires interrogés pensent que leurs conditions de travail ne sont pas satisfaisantes : salaires en inadéquation avec la charge du travail, plateaux techniques insuffisants, manque d'un profil clair de carrière et de mécanismes de fidélisation pour assurer l'équité entre les prestataires travaillant dans des zones aux niveaux de développement différents, etc.

6.2.3. Perceptions des acteurs du niveau stratégique

Les acteurs du niveau stratégique ont été consultés sur sept thématiques, à savoir : (i) Gouvernance et gestion/pilotage stratégique du secteur, (ii) Décentralisation et mise en œuvre de la politique de santé, (iii) Ressources Humaines en Santé, (iv) Financement de la Santé, (v) Modalités d'offre des services, infrastructures et équipements, (vi) Pharmacie et laboratoires, (vii) Informations Sanitaires et Recherche opérationnelle. Seuls les problèmes majeurs identifiés dans chacune des thématiques ci-dessous seront présentés dans ce rapport. En effet, l'analyse des 6 piliers du système de santé va se faire de manière exhaustive dans le document « **Etat des lieux et diagnostic du secteur santé** » et les propositions concrètes pour solutionner les problèmes identifiés dans chaque pilier du système de santé seront capitalisées dans le document « Choix stratégiques du secteur santé ».

6.2.3.1. Gouvernance et gestion/pilotage stratégique du secteur

Les problèmes majeurs identifiés dans cette thématique concernent prioritairement le cadre juridique et institutionnel de la santé. Celui-ci est jugé insuffisant, avec parfois des vides juridiques et des textes obsolètes. Par ailleurs, la faible disponibilité des documents normatifs pour encadrer la mise en œuvre des interventions de santé ont constitué un obstacle pour l'atteinte des résultats projetés dans la SSS échue. Il en est de même de l'inadéquation qui existe entre les missions des structures sanitaires et les ressources (humaines et financières) qui leurs étaient affectées.

A l'unanimité, les analystes pensent également que les activités de planification et de coordination sont faiblement exécutées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette coordination, a été qualifiée « *d'inefficace et de mal structurée* » tant au niveau du MINSANTE qu'au niveau sectoriel. En effet, le secteur santé est caractérisé par une grande fragmentation des instances de coordination. Ces instances de coordination sont très variables du point de vue : (i) de la nature de leurs supports juridiques (arrêté, décision...); (ii) de leurs terminologies ou désignations (comité de pilotage de la Stratégie Sectorielle de Santé, CCM, CCIA, etc.); (iii) de l'étendue de leurs compétences (régional ou central) et (iv) du niveau de responsabilité de leurs membres. A titre illustratif, la plupart des programmes et projets de santé disposent chacun d'une instance de pilotage et d'orientation à caractère intersectoriel ou interministériel et des structures propres de mise en œuvre. Ces instances de coordination ne fonctionnent pas de manière cohérente et pertinente, ce qui est à l'origine des doublons dans l'utilisation des ressources mobilisées. Enfin, la faible transparence dans la gestion financière des structures sanitaires, le

dysfonctionnement des mécanismes de suivi-évaluation, la corruption dans les formations sanitaires publiques, la faible redevabilité, et la qualité insuffisante des prestations offertes font également partie des faiblesses rapportées par les enquêteurs.

6.2.3.2. Décentralisation et mise en œuvre de la politique de santé

Le groupe de travail qui a examiné ce thème s'est attelé à analyser comment la décentralisation pouvait servir d'instrument pour l'amélioration des performances du système de santé. En effet, face aux défis actuels du système de santé et aux différents maux qui le minent (appropriation insuffisante des déterminants de la santé par les CTD, forte centralisation de la gestion des ressources matérielles, financières et humaines), la décentralisation annoncée dans la SSS 2001-2015 et qui est implicitement contenu dans l'objectif « **Viabiliser (autonomiser) tous les DS** » apparaît comme la solution adaptée pour inverser les valeurs de certains indicateurs jugés insuffisants.

Pour qu'elle soit effective, une étude approfondie du niveau actuel de viabilisation des districts de santé est nécessaire. Il sera également utile d'effectuer un choix sur le ou les types de décentralisation que l'on souhaite réaliser : décentralisation administrative, fiscale ou politique. Ces analyses permettront d'apprécier les avancées et surtout, d'identifier tous les goulots qui entravent une véritable décentralisation du système de santé. A ce jour, et à titre purement illustratif, la volonté manifestée des pouvoirs publics de procéder à une réelle décentralisation du système de santé a abouti à la construction de nombreux centres de santé par les CTD avec les ressources financières transférées.

6.2.3.3. Financement de la Santé

D'après les acteurs du niveau stratégique interrogés, les problèmes majeurs du financement de la santé identifiés pendant ces dix dernières années sont : « **l'insuffisance des ressources alloués au secteur, l'inefficience de la dépense de santé et la faible redevabilité financière** ».

Au niveau de la **mobilisation des ressources**, l'insuffisance des financements alloués à la santé, contribue à une mise en œuvre difficile des interventions de santé. En effet, on note : (i) une allocation insuffisante du budget de l'Etat au secteur santé (budget du MINSANTE inférieur à 15% du budget national pourtant prévu par l'accord d'Abuja) ; (ii) le probable retrait de certains PTF ; (iii) l'absence de stratégies de mobilisation locale des ressources financières ; (iv) la très faible implication du secteur privé (entreprise) dans le financement de la santé ; etc.

Pour ce qui concerne la **mise en commun des ressources**, le problème majeur est l'insuffisance du partage du risque maladie. En effet, il n'existe pas encore de cadre juridique pour le partage du risque maladie et la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) n'est pas encore effective et doit être envisagée.

Pour ce qui est de l'**achat stratégique**, les principales faiblesses notées dans cette thématique sont : (i) la faible transparence dans la gestion des financements octroyés , (ii) une allocation insuffisante des ressources financières au regard des besoins exprimés, (iv) la lourdeur des procédures de mobilisation des financements qui explique dans certains cas la faible

consommation des crédits, notamment ceux du BIP, (v) l'absence / l'insuffisance des audits et la faible mise en œuvre des recommandations y relatives et (vi) la faiblesse de l'évaluation de la performance, notamment le retard dans la production des Comptes Nationaux de Santé (CNS).

La faible efficience/efficacité et la redevabilité insuffisante dans l'utilisation des ressources financières fragilisent le système de santé dans son ensemble. Les conséquences directes sont : (i) une baisse de fréquentation des FOSA ; (ii) la faible mise en œuvre des interventions de santé planifiées et par conséquent la faible atteinte des résultats et objectifs de la SSS 2001-2015.

6.2.3.4. Modalités d'offre de services, infrastructures et équipements

Dans ce pilier, les personnes interrogées ont relevés deux problèmes majeurs. **Le premier est celui de la faible régulation et organisation de l'offre de services qui a pour conséquences directes** : (i) la multiplicité des formations sanitaires clandestines, (ii) une accessibilité géographique aux services et soins de santé de qualité insuffisante, (iii) l'inadéquation entre l'offre de services et la demande de soins, (iv) l'utilisation par les populations des structures sanitaires non agréées, (v) la mauvaise répartition des formations sanitaires, (vi) une mauvaise qualité de la prise en charge des malades. **Le second problème** qui concerne les équipements et leur maintenance **est la faible disponibilité des plateaux techniques de qualité**. Ce problème a pour conséquences : (i) l'augmentation du nombre de référence et des évacuations sanitaires ; (ii) l'altération de la qualité des soins.

Il existe plusieurs modalités d'offres de services (offre en stratégie fixe, avancée ou mobile, contractualisation, marketing social, etc.). Toutes ces modalités innovantes sont des opportunités que le système de santé exploite pour améliorer l'accessibilité géographique et financière des populations aux services et soins de santé. Mais selon la majorité des personnes interrogées, la faible disponibilité des ressources financière ne permet pas d'utiliser toutes ces modalités d'offre de services pour améliorer la santé des populations.

6.2.3.5. Pharmacie et laboratoire

Les problèmes majeurs identifiés dans la thématique **pharmacie et laboratoire** par les acteurs du niveau stratégique sont :

- 1- L'insuffisance du cadre politique et institutionnel du secteur des médicaments et des consommables pharmaceutiques.
- 2- La faible disponibilité du médicament de qualité causée par : (i) les faiblesses du système d'approvisionnement en médicaments (ii) les faiblesses du système d'assurance qualité des médicaments et des réactifs de biologie médicale (contrôle qualité, inspection, homologation, pharmacovigilance, surveillance du marché pharmaceutique insuffisants) ; (iii) les difficultés du système à contenir l'expansion du trafic illicite des médicaments de la rue et des médicaments contrefaits et (iv) la faible capacité managériale des acteurs du niveau opérationnel à maîtriser la chaîne

d'approvisionnement et de gestion des stocks. Ces problèmes ont pour conséquence majeure l'utilisation des médicaments de mauvaise qualité par les populations.

- 3- Comme autres difficultés relevées dans le secteur pharmaceutique on peut aussi citer la forte dépendance vis-à-vis des partenaires financiers externes pour l'acquisition de certains médicaments essentiels notamment ceux des programmes prioritaires de santé (ARV, Anti TB, anti paludisme).
- 4- Enfin, la forte prolifération du faux médicament et du trafic illicite des autres produits pharmaceutiques observée est causée par : (i) une réglementation insuffisante; (ii) la faiblesse du SYNAME ; (iii) les insuffisances du contrôle aux frontières (exportation et importation) ; (iv) l'existence de faux médicaments dans les points de vente licites (infiltration du circuit licite par les faux médicaments) ; (v) l'ignorance des risques liés à l'utilisation des médicaments illicites par les populations ; (vi) la faible capacité des acteurs à lutter efficacement contre les médicaments illicites ; (vii) la faible coordination des acteurs impliqués dans la lutte contre le faux médicament.

En ce qui concerne le laboratoire, les personnes interrogées ont relevé le fait que les laboratoires d'analyses médicales privés qui sont généralement situés dans les grandes métropoles sont pour la plupart peu supervisés. Ces derniers ont également déploré l'absence d'une stratégie nationale de biosécurité. En outre, les équipements de la plupart des laboratoires sont obsolètes avec des réactifs et des consommables de laboratoires insuffisants. L'on relève aussi que très peu de laboratoire disposent d'un mécanisme de contrôle qualité.

6.2.3.6. Information Sanitaire et Recherche opérationnelle

Les responsables des programmes de santé prioritaires et certains PTF ont contribué directement ou indirectement au développement des sous-systèmes d'informations sanitaires parallèles.

Plusieurs problèmes ont été relevés dans ce pilier et les plus importants sont : (i) la mauvaise qualité des données collectées ; (ii) la faible complétude et promptitude des RMA ; (iii) l'absence d'un contrôle de qualité sur site des données collectées, leur faible analyse et utilisation à tous les niveaux pour une prise de décision basée sur des données factuelles ; (iv) l'absence d'un annuaire statistique de la santé. A ce jour, il existe autant d'outils de collecte des données qu'il y a de sous-systèmes d'informations sanitaires et le feedback est faiblement assuré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Pour ce qui est de la recherche opérationnelle, la majorité des personnes interrogées (70%) estime que le financement alloué aux activités de recherche dans le secteur est insuffisant d'où la **faible exécution des projets de recherche en santé**. On note par ailleurs, une faible vulgarisation des résultats de recherche.

Par ailleurs, la faible utilisation de l'information sanitaire et des résultats de la recherche opérationnelle pour la planification et la prise de décisions qui est récurrente à tous les niveaux de la pyramide sanitaire a également été décriée par la majorité. Ceci se traduit par une

planification fondée sur des données peu probantes, et à long terme par une insatisfaction des bénéficiaires des interventions de santé.

6.3. *Résumé synoptique des résultats de l'évaluation qualitative de la SSS 2001-2015*

Les résultats de l'évaluation qualitative de la SSS 2001-2015 sont résumés dans le graphique ci-après :

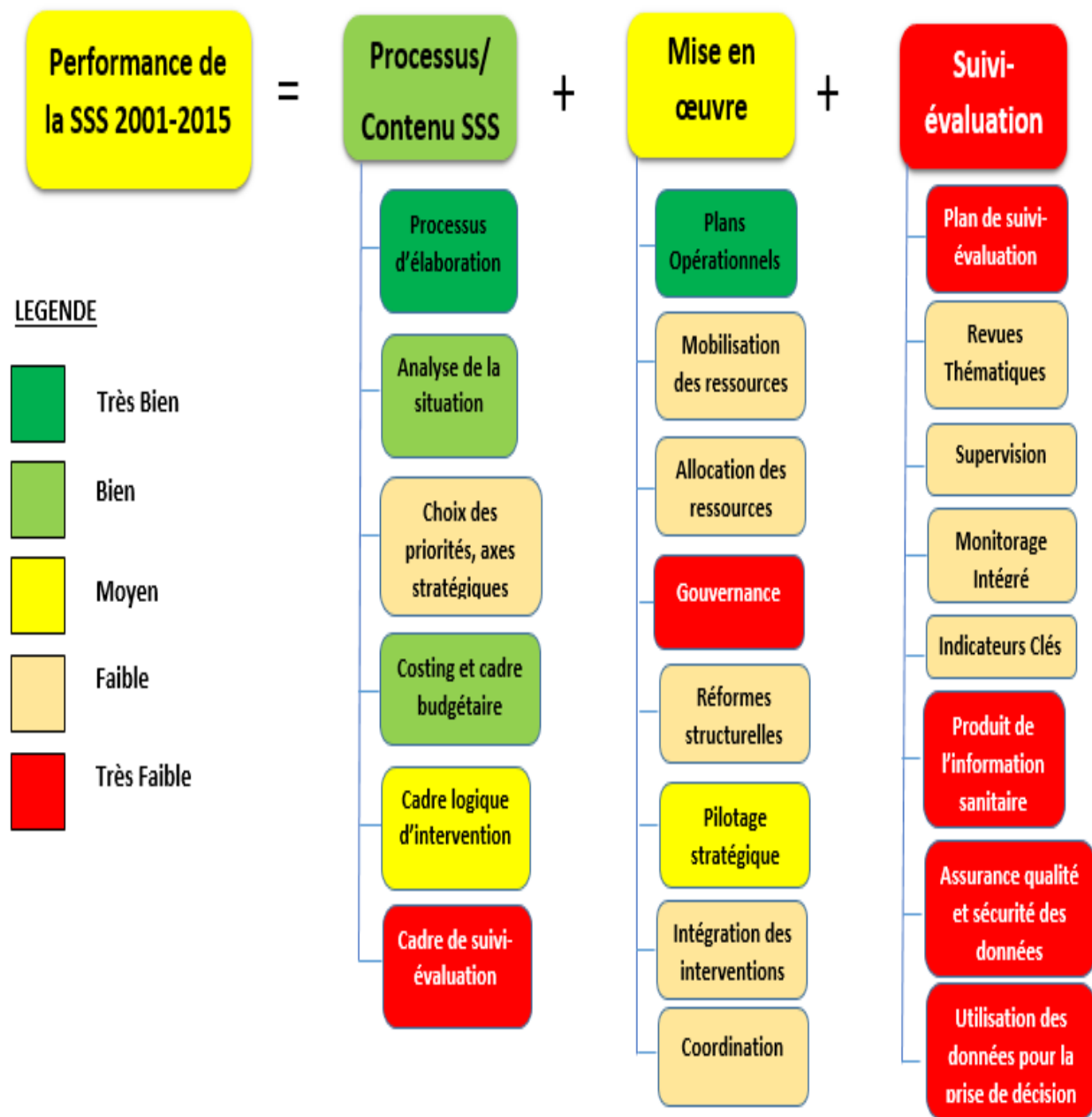


Figure 2: Résumé synoptique des résultats de l'évaluation qualitative de la SSS 2001-2015

7 Leçons tirées de la mise en œuvre de la SSS 2001-2015

7.1. *Promotion de la santé*

Hormis les réalisations majeures menées dans le cadre de la lutte contre la faim qui ont abouti à la réduction de plus de 50% des cas de sous-alimentation, la plupart des résultats obtenus dans le domaine de la promotion de la santé ne sont pas satisfaisants. A l'origine, l'absence d'un plan stratégique national multisectoriel et l'insuffisance des financements alloués à la promotion de la santé, l'absence d'un plan intégré de communication pour les programmes de santé, la faible collaboration intersectorielle et le manque de ressources humaines qualifiées dans le domaine. Comme conséquences, on note la faible mise en œuvre des interventions de promotion de santé par les prestataires des soins au niveau opérationnel, une appropriation insuffisante et une faible adoption des comportements sains par les bénéficiaires.

7.2. *Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent*

La santé de la mère s'est dégradée de manière significative au fil des ans, se traduisant par une augmentation constante du ratio de mortalité maternelle. Ces résultats sont concordants avec les perceptions des bénéficiaires des services de SRMNI qui, en plus des difficultés d'accès géographiques, financières et culturelles auxquelles ils font face, décrivent la qualité de l'accueil et les pratiques de rançonnement dans les FOSA. Les acteurs de mise en œuvre des interventions de santé ont confirmé cet état de fait et également décrit le manque d'intrants dans les services SRMNI même s'ils reconnaissent que des efforts ont été entrepris dans le domaine (formation de sages-femmes, pré-positionnement de kits obstétricaux, etc.).

7.3. *Lutte contre la maladie*

Dans le domaine de la lutte contre la maladie, la subvention des intrants a permis d'infléchir la tendance à la hausse des mortalités et morbidités spécifiques des principales maladies transmissibles telles que le paludisme, le VIH/SIDA, les maladies évitables par la vaccination et les maladies tropicales négligées (MTN).

Malgré ces avancées, et de l'avis des bénéficiaires des actions de santé, la prévention et la prise en charge des cas des maladies transmissibles et non-transmissibles ne sont pas encore correctement assurées dans les FOSA. En effet, le secteur de la santé ne dispose pas d'une stratégie globale de prévention des maladies qui intègre la prévention des maladies mentales et

cible les personnes vulnérables. En plus, plusieurs facteurs limitent encore l'accès aux structures de santé surtout pour les populations les plus vulnérables (obstacles géographiques, financiers et parfois socioculturels, mauvaise qualité de l'accueil, corruption, rupture des intrants, temps d'attente trop long). Ceci les conduit à adopter des itinéraires thérapeutiques qui mettent leur santé en péril (automédication, médecines alternatives, visites des charlatans).

7.4. Viabilisation du district de santé

L'évolution prévue des districts de santé de la phase de démarrage vers leur autonomisation technique, financière et institutionnelle n'a pas eu lieu. Par ailleurs, les indicateurs et critères caractérisant chaque stade de développement n'ont pas été définis.

7.4.1. Offre de services et prestation de soins

L'absence d'un plan de développement des infrastructures laisse supposer que les constructions faites n'ont pas tout le temps respecté les exigences de la carte sanitaire. De plus, les normes techniques de construction et d'équipement ne sont pas disponibles pour toutes les catégories de formations sanitaires publiques et privées.

Un plan de développement des ressources humaines n'a été élaboré qu'en 2013 c'est-à-dire 7 ans après la planification de cette activité dans la SSS 2001-2015. Il devait corriger les insuffisances liées à la gestion des ressources humaines pour la santé. Ce plan a permis de relancer la formation des sages-femmes, des aides de santé communautaire, des thanato-praticiens, ainsi que le développement des mécanismes de fidélisation des personnels travaillant dans les zones d'accès difficiles, etc. Mais la mise en œuvre tardive des interventions de ce plan a retardé l'amélioration des performances dans le secteur.

Le système de référence et de contre-référence de même que la gestion des urgences médicales n'ont pas été suffisamment développés comme planifié dans la SSS 2001-2015 et la carte sanitaire tarde toujours à voir le jour.

L'augmentation du nombre de programme verticaux empêche l'atteinte de l'objectif de décentralisation du système de santé qui, pour être effectif, doit se faire dans un cadre global (volonté politique). Aussi, l'amorce du processus de décentralisation observée et faite dans le secteur de la santé pourrait servir d'exemple et de modèle aux autres secteurs.

Les protocoles de soins n'ont pas suffisamment été développés ou harmonisés sur l'ensemble du territoire national.

7.4.2. Médicaments, réactifs et dispositifs médicaux

La fabrication locale de médicaments n'a pas suffisamment été promue, les médicaments locaux représentant seulement 5% des parts du marché national. Des documents de politique et des

directives ont été élaborés en vue de renforcer le SYNAME. Plusieurs classes de médicaments ont été subventionnées et des mécanismes de solidarité au sein du SYNAME ont été développés à travers la création des Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé, et un système d'assurance qualité a été mis sur pied. De plus, le prix du médicament essentiel a été réduit de 65% environ depuis 2005. Ces efforts sont perceptibles mais doivent être poursuivis car l'accessibilité financière et géographique aux produits pharmaceutiques de qualité est encore faible pour certains.

7.4.3. Financement de la santé

L'estimation des financements alloués au secteur répond à un besoin de coordination, d'efficacité et d'efficacités. Mais l'insuffisance des financements alloués à la santé, plombe la volonté et l'enthousiasme des acteurs de mise en œuvre de la SSS. Ce qui ne facilite pas l'atteinte des objectifs sanitaires projetés. Par ailleurs, la faible visibilité de tous les financements provenant soit de l'aide extérieure ou alloués à la « **fonction santé** » par le gouvernement ne permet pas de satisfaire cette exigence. En effet, le faible niveau d'information sur les financements déployés dans le secteur (financements des formations sanitaires privées, financements de santé alloués aux MINSANTE et aux ministères partenaires, collectivités territoriales décentralisées) ne permet pas de prévenir aujourd'hui le double emploi des ressources et d'agir de façon cohérente et efficiente pour adresser les besoins les plus cruciaux (équité horizontale).

Le suivi de tous ces financements est réalisé dans plusieurs institutions (MINSANTE, MINEFI, MINAS, MINPROFF, etc.). En l'absence d'un cadre de synthèse, il est difficile d'avoir une vue exhaustive de la situation des financements alloués à l'ensemble du secteur. On dénombre dans le secteur un nombre important de PTF, bi et multilatéraux. Depuis 2011, le nombre de ceux travaillant vers une approche sectorielle est resté constant (deux partenaires seulement). Une analyse profonde de cette situation doit être menée afin de renforcer l'approche sectorielle comme stratégie d'amélioration des performances dans le secteur.

La faible harmonisation des procédures de gestion financière, de passation des marchés et d'approvisionnement en intrants chez les divers acteurs du secteur ne facilite pas la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre des interventions. En outre, l'engagement politique de haut niveau dans le secteur est insuffisant pour ce qui concerne : (i) le pourcentage d'allocation des financements au secteur de la santé et (ii) l'animation du partenariat pour la santé. Cela a considérablement ralenti l'élan initial du SWAp et la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé.

Des mécanismes transparents d'allocation des ressources aux différents acteurs du système de santé étatiques et non étatiques (CTD, OSC, secteur privé, PTF) n'ont pas été décrits dans la SSS échue. L'allocation des ressources doit être en adéquation avec les priorités fixées et définies dans la SSS. Celle-ci préconise que 70% du Budget du MINSANTE soient affectés au niveau

opérationnel. Cependant elle n'identifie pas clairement les mécanismes permettant de canaliser les ressources financières provenant du budget de l'État, préférentiellement vers les districts où l'indice de pauvreté est le plus élevé, pour plus d'impact dans le secteur. Par ailleurs, la productivité financière des districts de santé n'est pas très bien suivie, par conséquent l'utilisation des fonds n'est ni optimale, ni expliquée.

L'inefficacité des stratégies (notamment en matière de financement) visant à assurer une Couverture Sanitaire Universelle a constitué un obstacle majeur à l'atteinte des objectifs d'équité. La SSS devrait pouvoir identifier toutes les sources possibles de financement et de mutualisation des risques maladie. Plusieurs projets et expériences de financement de la demande et de l'offre de services existent dans ce sens (chèque santé, « value for results », kits obstétricaux, Financement Basé sur les Résultats...) avec des succès divers. Par ailleurs, la corruption et le gaspillage des fonds dans les services publics constituent une pesanteur qui rend difficile l'accès aux services et soins de santé, surtout pour les couches les plus pauvres.

7.4.4. Partenariat et développement des ressources

L'engagement politique de haut niveau dans le secteur doit encore être amélioré pour ce qui concerne le pourcentage d'allocation des financements dans le secteur et l'animation du partenariat pour la santé (l'échec de la mise en œuvre du SWAp en est un marqueur).

7.4.5. Processus gestionnaire

Le ST/CP-SSS n'a pas suffisamment joué son rôle d'impulsion et d'animation ce qui a limité la performance globale du secteur. Les objectifs stratégiques formulés dans la SSS 2001-2015 et les interventions choisies n'étaient pas toujours en adéquation avec les capacités institutionnelles et les rythmes de progression antérieurs.

Les mécanismes de redevabilité des acteurs de mise en œuvre de la SSS n'ont pas été clairement mentionnés dans la SSS échue. En effet, les responsabilités des ministères partenaires n'avaient pas été clarifiées pour une mise en œuvre efficace de la SSS et du PNDS. Pourtant, ces acteurs interviennent régulièrement dans la prestation des soins curatifs, préventifs et promotionnels.

Les performances des districts et des structures de santé n'ont pas été évaluées. Les valeurs de départ et les valeurs cibles des indicateurs de suivi de la SSS n'ont pas été renseignées, rendant ainsi difficile le suivi ultérieur de la performance du secteur. De plus leur nombre était très important.

L'absence d'un plan de gestion des risques n'a pas permis d'anticiper les entraves structurelles et conjoncturelles à l'atteinte des résultats de la stratégie. Ce qui a renforcé une attitude plus réactive que proactive de la part des acteurs de mise en œuvre de la SSS.

7.4.6. Gouvernance

Le cadre juridique et institutionnel pour une mise en œuvre cohérente des interventions de santé n'a pas été suffisamment développé afin de renforcer les mécanismes de transparence et de redevabilité dans la gestion des fonds d'une part, et faciliter l'atteinte des objectifs assignés aux structures à tous les niveaux de la pyramide, d'autre part. Le pilotage stratégique tant au niveau central qu'au niveau intermédiaire et opérationnel du système de santé a été insuffisant, réduisant ainsi l'intégration, l'efficacité et l'efficacités lors de la mise en œuvre des interventions de santé par les multiples acteurs institutionnels et communautaires.

8 Recommandations

8.1. *Pour le Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé*

- Renforcer le Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la santé en logistique, ressources humaines et matérielles pour lui permettre de jouer pleinement son rôle d'animateur de la réflexion stratégique ;
- Disposer d'un cadre robuste de suivi-évaluation intégrant de manière systématique les revues sectorielles ;
- Rendre effectif le fonctionnement de la plateforme IHP+ (et le Comité Technique de Suivi);
- Renforcer le plaidoyer pour une mobilisation suffisante des ressources financières pour la santé, puis veiller à leur utilisation efficiente ;
- Revoir la clef de répartition du budget du MINSANTE en augmentant la proportion du budget alloué au niveau opérationnel ;
- Renforcer le processus gestionnaire (volet planification) à tous les niveaux ;
- Renforcer les mécanismes de coordination dans le secteur et la rendre efficace ;
- Réduire progressivement la fragmentation des instances de pilotage et de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Mettre en place des démembrements du Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé au niveau régional et opérationnel.

8.2. *Pour le Ministère de la Santé Publique*

- Augmenter les ressources allouées à la prévention et à la promotion de la santé ;
- Renforcer la gouvernance ;
- Renforcer les capacités des acteurs de la société civile et les accompagner pour qu'ils deviennent les acteurs clefs dans la résolution de leurs problèmes de santé ;
- Renforcer la redevabilité entre les acteurs du secteur (OSC, PTF, acteurs institutionnels).

8.3. *Pour les Ministères partenaires*

- Prendre en compte la fonction santé dans l'élaboration de tous les documents de politiques conformément à la Charte d'Ottawa/Adelaïde ;
- Renforcer la gouvernance ;
- Renforcer les capacités des acteurs de la société civile et celles des CTD pour qu'ils s'impliquent effectivement dans la résolution de leurs problèmes de santé et jouent le rôle qui est attendu d'eux.

8.4. *Pour les Partenaires Techniques et Financiers*

S'impliquer plus fortement dans le développement du secteur pour que le principe du Three ones : « One plan, one budget, one monitoring and évaluation framework » soit effectif.

8.5. *Pour les acteurs de la société civile et les CTD*

Renforcer les capacités des acteurs de la société civile, les capacités des CTD pour qu'ils participent activement au à la promotion de la santé des populations qu'ils encadrent et jouent le rôle qui est attendu d'eux (implication effective dans le contrôle social et le financement des interventions de santé publiques).

Annexe 1 : Document de protocole et outils de collecte des données

Contexte et justification

Le Cameroun s'est doté en 2009, d'une Vision de développement vers l'émergence du pays à l'horizon 2035. Cette vision a abouti pour la période allant de 2010 à 2020 à l'élaboration du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), avec entre autres, comme objectif global de faire reculer la pauvreté de 39,9% à 28,7% d'ici 2020. Pour assurer sa mise en œuvre, le DSCE a été décliné en stratégies sectorielles et thématiques, puis en stratégies à périmètre ministériel, afin d'assurer la cohérence globale de l'action gouvernementale.

C'est dans cette perspective, que la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2015 a été élaborée. Au regard de l'échéance imminente de cette stratégie (en 2015), le Ministère de la Santé Publique a dû en 2014, procéder concomitamment à son évaluation et à l'élaboration d'une nouvelle stratégie pour le secteur santé.

L'opération d'évaluation de la SSS 2001-2015 a été amorcée par une revue documentaire. Celle-ci a eu pour centre d'intérêt l'analyse de la qualité de cette stratégie et de sa mise en œuvre. Ensuite, des évaluations participatives de terrain, seront menées afin de compléter la première opération. Ces enquêtes sur le terrain consisteront à recueillir les avis et les attentes des bénéficiaires et des acteurs de mise en œuvre.

Cette étape constitue le premier jalon pour dresser l'état des lieux du secteur pour ce faire, une grande attention sera accordée aux préoccupations et aux recommandations émises par les personnes enquêtées.

Le principe qui guide la démarche de ces évaluations participatives est l'élaboration d'une Stratégie Sectorielle de Santé qui structure l'offre de services dans le secteur, en fonction de la demande ou des besoins des bénéficiaires. De plus, ces évaluations vont prendre en compte des aspects liés à l'agenda de développement post-2015, à la décentralisation et à la CSU (Couverture Santé Universelle). Enfin, elles contribueront à une meilleure appropriation de la SSS post-2015 par les bénéficiaires et les acteurs de mise en œuvre.

Objectifs de la consultation des bénéficiaires et parties prenantes

1. Objectif général

Impliquer les bénéficiaires et les acteurs de mise en œuvre dans le processus d'évaluation de la SSS 2001-2015 et de l'élaboration de la SSS post-2015, afin d'assurer la prise en compte effective de leurs perceptions, attentes et perspectives.

2. Objectifs spécifiques

Évaluation de la SSS 2001-2015

- Recueillir les avis des acteurs et bénéficiaires sur la mise en œuvre et le suivi de la SSS 2001-2015 ;
- Apprécier le niveau de connaissance des acteurs sur le contenu de la SSS échue ;
- Apprécier le niveau d'utilisation de ce document stratégique par les acteurs du système;
- Identifier les principaux problèmes rencontrés par ces derniers lors de la mise en œuvre de la SSS et éventuellement leurs causes ;
- Identifier en fonction de chaque cible /acteur, les mécanismes endogènes/locaux de riposte ou d'organisation pour répondre à certains dysfonctionnements observés dans le système;
- Ressortir par cible, l'appréciation des moyens (techniques, financiers et matériels) et mesures d'accompagnement mis en place par les pouvoirs publics pour les aider à faire face aux principaux problèmes rencontrés.

Dans la perspective de l'élaboration de la SSS post 2015

- Recueillir les attentes et suggestions des bénéficiaires et acteurs sur la conception, la mise en œuvre et le suivi de la SSS Post 2015 ;
- Ressortir de manière explicite les domaines, thématiques et orientations stratégiques à prendre en compte ou à intégrer dans la nouvelle SSS ;
- Recueillir leurs avis sur les thématiques transversales **suyvantes**:
 - la couverture santé universelle ;
 - la décentralisation ;
 - la structuration des interventions à base ou sous directives communautaires.
- Identifier de manière participative, les mécanismes institutionnels, organisationnels et communautaires à mettre en place pour garantir non seulement une implication de tous les acteurs, mais aussi une participation communautaire

effective ainsi qu'une appropriation soutenue des interventions de santé par les acteurs et bénéficiaires du Secteur Santé.

Résultats attendus

- a. Les différents types d'acteurs et de bénéficiaires ont été consultés et leurs avis sont recueillis ;
- b. Le document intitulé « Etat des lieux et diagnostic » intègre les principales préoccupations des acteurs de mise en œuvre et des bénéficiaires ;
- c. Les besoins, les perceptions, les visions et les suggestions majeures exprimés par les personnes enquêtées sont identifiés et documentés ;
- d. Les mécanismes institutionnels, organisationnels et communautaires visant à garantir une implication, participation et appropriation des interventions de santé par tous les acteurs sont identifiés.

Méthodologie de l'étude

3. Période de l'étude

L'étude se déroulera pendant les mois de Février à Avril 2015.

4. Site de déroulement de l'étude

L'étude se déroulera dans les dix régions du Cameroun, en plus de Douala et Yaoundé, à cause de leurs particularités (villes cosmopolites).

5. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, transversale avec une approche analytique .Il s'agira de recueillir des informations auprès des personnes ressources clés choisies sur la base de leur position de leader administratif ou communautaire.

6. Cibles de l'étude

Dans l'optique de structurer l'offre en fonction de la demande, il est nécessaire de recueillir des informations à la fois chez les bénéficiaires directs et indirects des interventions de santé que chez les acteurs de mise en œuvre de la SSS. Ainsi, deux (02) principales cibles ont été identifiées dans le cadre de cette évaluation participative. Il s'agit des bénéficiaires des interventions de santé et des acteurs de mise en œuvre de la SSS. Au total, 628 personnes seront interviewées au nombre desquelles :

- 300 personnes ressources représentant les bénéficiaires ;
- 270 responsables, acteurs de mise en œuvre aux niveaux régional et opérationnel ;
- 58 responsables du niveau central et les PTF

Bénéficiaires des Interventions de santé

De manière exhaustive et plus spécifiquement dans le cadre de cette évaluation participative, les bénéficiaires des soins et services de santé sont, outre les membres de la communauté notamment, les représentants des organisations à base communautaire, les élus locaux, les leaders traditionnels et religieux (voir tableau 9 ci-dessous).

Tableau 9: Profil des bénéficiaires à consulter

Profil de bénéficiaires (participants aux FGD)		Nombre
Milieu Urbain	2 membres du réseau PROVARESSC (femmes + hommes)	13 par région x 10 régions
	2 autres membres proposés par le Délégué Régional de la Santé Publique	
	2 représentants des structures de dialogue (COSA + COSADI)	
	2 leaders traditionnels et religieux	
	2 élus locaux (Maire ou conseillers municipaux)	
	3 représentants des OBC (jeunes + femmes + 3 ^e âge)	
Milieu Rural	2 membres du réseau PROVARESSC	12 par région x 10 régions
	2 autres membres proposés par le Délégué Régional de la Santé Publique	
	2 représentants des structures de dialogue	
	2 leaders traditionnels et religieux	
	2 élus locaux (Maire ou conseillers municipaux)	
	2 représentants des OBC hors réseau santé	

- *Acteurs de mise en œuvre*

Pour ce qui est des acteurs de mise en œuvre, ils représentent près de 53% des personnes à interviewer, soit 328 acteurs au total à rencontrer dans le cadre de cette évaluation participative. Ils regroupent d'une part, les prestataires de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (niveau stratégique, intermédiaire et opérationnel) et d'autre part les PTF. Ils sont ceux qui représentent ou structurent l'offre des soins. Ils seront choisis de manière à représenter tous les sous-secteurs (public, privé et traditionnel), les élus nationaux, les partenaires techniques et financiers, les sociétés savantes, les ordres professionnels, et les organisations patronales. Le profil de ces participants est détaillé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : Profil des acteurs à consulter au niveau opérationnel, régional et central

Acteurs de mise en œuvre de la SSS du niveau régional et opérationnel	
Services du Gouverneur	1 représentant
DRSP	2 représentants du niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire (DRSP et CCSE)
Personnes ressources	3 personnes ayant une longue expérience en santé au niveau régional
Ministères partenaires	2 représentants (MINAS /MINPROFF, MINESEC)
CAPR	1 manager du CAPR
Programmes prioritaires	2 coordonnateurs (Palu et PEV)
Hôpital Régional	1 médecin
District de Santé	2 chefs de district + 1 CBS
Hôpital de District	2 directeurs (urbain et rural)
Centre Médical d'Arrondissement	1 médecin-chef
Centre de Santé Intégré	2 chefs de CSI (urbain et rural)
CSI privé	2 représentants
CMA privé	2 représentants
HD assimilés	2 médecins
Traditionnel	2 représentants des tradipraticiens
Pharmacien privé	2 représentants pharmaciens d'officine
Acteurs de mise en œuvre de la SSS du niveau central et PTFs	
Ministères Partenaires	10 représentants (MINPROFF, MINESEC, MINDEF, MINESUP, CNPS, MINEPAT, DGSN, MINEDUB, MINAS)
Élus nationaux	1 député en charge des questions de santé
CTD	2 représentants de CVUC et de l'association des Maires
Personnes ressources	5 personnes-ressources ayant longtemps œuvré à un haut niveau dans le secteur de la santé
MINSANTE	11 directeurs des services centraux
MINSANTE	6 inspecteurs généraux et conseillers techniques
Hôpitaux Centraux	2 directeurs des hôpitaux de 1 ^{ère} et de 2 ^{ème} catégorie
Société civile	3 représentants des OSC/ONG
PTFs	7 représentants des Partenaires Techniques et financiers (OMS, UNICEF, UNFPA Allemagne, USA, France, Chine)
Sociétés savantes	2 représentants de SOCAPED et de SOGOC
Privées laïc	1 représentant de Ad-Lucem
Ordres professionnels	4 représentants des médecins, des pharmaciens, des personnels paramédicaux et de chirurgiens-dentistes
Sous-secteur privé à but lucratif	1 représentant du Syndicat des Médecins Privés
Sous-secteur privé confessionnel	3 représentants de OCASC, CEPCA, et du Réseau Islamique
Entreprises privées	1 représentant du GICAM, et des assurances
Conseil National de la Jeunesse	1 représentant

7. Techniques d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage utilisée dans le cadre de cette évaluation participative est non aléatoire donc raisonnée. La sélection des participants veillera à respecter autant que faire se peut les caractéristiques sociodémographiques de chacune des dix régions dans lesquelles l'étude va se dérouler. La proportion des participants provenant des zones rurales sera la même que celle des participants des zones urbaines. Pour les métropoles de Douala et de Yaoundé, des groupes spécifiques seront organisés.

- Bénéficiaires

La sélection des bénéficiaires participant à l'étude se fera de manière stratifiée mais raisonnée. D'abord, en ce qui concerne le niveau déconcentré, les dix régions du Cameroun seront automatiquement retenues pour l'étude. Ensuite, les districts de santé urbains et ruraux devant prendre part à cette évaluation participative devront être sélectionnés de manière aléatoire ; étant entendu que les districts des métropoles de Douala et Yaoundé seront étudiés à part. De même, les organisations à base communautaire et les collectivités territoriales décentralisées (CTD) seront choisies dans les districts de santé retenus. Pour ce qui est des individus devant être retenus dans l'étude, ils seront identifiés par les responsables des structures (délégation régionale, districts de santé, associations, CTD...).

- Acteurs de mise en œuvre

Les acteurs de mise en œuvre du niveau déconcentré seront eux aussi choisis de manière stratifiée dans les dix régions du Cameroun. Au niveau régional, les Gouverneurs et les Délégués Régionaux du MINAS et du MINPROFF identifieront leurs collaborateurs en charge des questions de santé, alors que les experts ayant une grande maîtrise des problématiques de santé dans les régions seront identifiés et sélectionnés par les délégués régionaux de la santé. Les autres cadres régionaux tels que le Manager du CAPR et les coordonnateurs des programmes Paludisme et PEV seront retenus et feront partie intégrante de cette évaluation participative.

Les districts de santé et les hôpitaux régionaux seront choisis de manière raisonnée en veillant à inclure à chaque fois des districts urbains et ruraux, ainsi que ceux des métropoles de Yaoundé et de Douala. Les hôpitaux de district, centres médicaux d'arrondissement et centres de santé intégrés publics et privés seront aussi choisis dans les districts de santé retenus de manière raisonnée. Pour ce qui est des personnes à consulter, il s'agira des responsables des structures suscitées tel que présenté dans le tableau ci-dessus.

Au niveau central, il s'agira d'interviewer les Directeurs de l'Administration centrale et les PTF, les responsables de la société civile, les responsables des ministères partenaires notamment le MINAS, le MINPROFF, le MINESEC, le MINEDUB, la DGSN qui abritent de nombreuses structures sanitaires. Ceci reviendra à sélectionner de manière non-aléatoire les différents acteurs identifiés dans le tableau précédent.

8. Critères d'inclusion et d'exclusion

Seront inclus à la présente démarche les acteurs identifiés qui auront accepté d'en faire partie et qui auront signé le formulaire de consentement éclairé. Toutefois, les personnes retenues au préalable mais ne pouvant satisfaire aux exigences de l'enquête, seront exclues.

9. Méthodes et outils de collecte des données

Dans le cadre de cette étude, 03 principales méthodes de collecte ont été retenues: les focus group discussion (FGD), les groupes de discussion dirigés (GDD) et les entretiens approfondis (EA).

10. Les focus group discussion (FGD)

La technique qui sera utilisée pour recueillir les données auprès des bénéficiaires sera celle du Focus Group Discussion (FGD). Le groupe de discussion, ou *focus group*, est une méthode de collecte de données très utilisée en recherche sociale. Il permet d'obtenir une compréhension approfondie d'un phénomène, d'un comportement, d'une perception ou d'une attitude.

Ces FGD comprendront environ 12 participants par session et dureront en moyenne deux heures. Le principal objectif de ces discussions est d'évaluer le niveau d'information des populations et leur capacité à prendre en compte leurs propres problèmes de santé. Diverses thématiques seront abordées sous le prisme d'un fil conducteur qui aidera les populations à identifier les problèmes prioritaires de santé et leurs causes, les mécanismes endogènes de riposte ou d'organisation locale, les perceptions qu'ils ont de l'offre de services qui existe dans le secteur santé, les moyens mobilisés par l'Etat et les attentes qu'ils nourrissent par rapport à ce dernier et par rapport à la nouvelle SSS. Le détail des thématiques à aborder est présenté dans le guide de FGD présenté dans l'annexe 1.

Au total, 25 Focus Group Discussion seront organisés au niveau déconcentré pour les bénéficiaires des interventions de santé. Toutes les régions, y compris les villes de Yaoundé et Douala auront chacune deux FGD dont un pour les bénéficiaires du milieu urbain et 01 pour les bénéficiaires vivant en milieu rural en raison de la nécessité de prendre en compte les particularités démographiques. Toujours pour des raisons socioculturelles, 1 séance de FGD sera organisée dans chacune des Régions septentrionales avec les bénéficiaires de sexe féminin, pressentis du reste comme principaux utilisateurs des interventions de santé.

Chaque FGD sera animé par trois enquêteurs socio-anthropologues qui au préalable seront formés et évalués. Une séance de briefing sera organisée avec l'équipe de la Délégation Régionale de la Santé Publique afin de préparer les FGD et permettre aux enquêteurs d'avoir, en prélude au lancement des FGD, une meilleure connaissance de la situation épidémiologique et des réalités socioculturelles des régions investiguées.

- *Outil de collecte*

Un guide de discussion sera élaboré et permettra aux animateurs de passer en revue les différentes thématiques retenues et prescrites par l'équipe de recherche. Les canevas de discussion et les thématiques retenus se trouvent en annexe de cette proposition de recherche.

11. Les groupes de discussion dirigés (GDD)

Dix ateliers (un atelier par région) seront organisés pour les acteurs de mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé travaillant au niveau déconcentré. Ils regrouperont les « key informant » (informateurs clés) du niveau central (tableau ci-dessous). Au cours de ces ateliers, des Groupes de Discussion Dirigés seront organisés sous la coordination de trois enquêteurs et de superviseurs centraux.

Tableau 11: Profil des acteurs du niveau régional et opérationnel devant participer aux groupes de discussions dirigés

Acteurs du niveau régional et opérationnel		Méthode de collecte
Services du Gouverneur	1 représentant	Groupes de discussion dirigés
DRSP	2 représentants (DRSP + CCSE)	
Personnes ressources	3 personnes avec longue expérience en santé au niveau régional	
Ministères partenaires	2 représentants (MINAS /MINPROFF, MINESEC)	
CAPR	1 manager du CAPR	
Programmes prioritaires	2 coordonnateurs (Palu et PEV)	
Hôpital Régional	1 médecin	
District de Santé	2 Chefs de district + 1 CBS	
Hôpital de District	2 Directeurs (urbain et rural)	
Centre Médical d'Arrondissement	1 Médecin-chef	
Centre de Santé Intégré	2 Chefs de CSI (urbain et rural)	
CSI privé	2 représentants	
CMA privé	2 représentants	
HD privé	2 médecins	
Traditionnel	2 représentants des tradipraticiens	
Pharmacien privé	2 représentants pharmaciens d'officine	

- *Outil de collecte*

Un guide de discussion avec des thématiques spécifiques sera également élaboré en prélude à la conduite de ces GDD. L’outil élaboré sera ensuite pré-testé lors de la session de formation prévue avant le lancement de la collecte des données proprement dite.

12. Les entretiens approfondis (EA)

En plus de ces ateliers, des entretiens approfondis seront menés avec certains informateurs clés du niveau central et les PTF. Ces entretiens seront menés par des experts dont l’expérience en matière de recherche qualitative, en Santé Publique et en orientations stratégiques est avérée.

- *Outil de collecte*

Un guide d’entretien sera également élaboré et permettra d’aborder avec ces acteurs clés, des thématiques stratégiques et transversales au système de santé. Il permettra également de croiser leurs perceptions et attentes avec les orientations stratégiques et vision à retenir de la nouvelle SSS en cours d’élaboration.

Tableau 12: Profil des acteurs du niveau central et des PTF devant participer aux entretiens approfondis

Acteurs du niveau central et PTFs		Méthode de collecte
Ministères partenaires et Institutions	05 représentants (MINPROFF + MINESEC+ MINDEF + MINESUP + CNPS + MINEPAT + DGSN + MINEDUB + MINAS)	Entretiens Approfondis
Élus nationaux	1 député en charge des questions de santé	
CTD	2 représentants CVUC + Association des Maires	
Personnes ressources	5 personnes-ressource ayant longtemps œuvré à un haut niveau dans le secteur de la santé	
MINSANTE	11 Directeurs des services centraux	
MINSANTE	6 représentants (Inspecteurs Généraux et Conseillers Techniques)	
Hôpital national	2 représentants (Directeurs Hôpitaux de 1 ^e et 2 ^e catégorie)	
Société civile	3 représentants OSC/ONG	
PTFs	3 représentants (OMS, UNICEF, UNFPA)	
Sociétés savantes	2 représentants (SOCAPED et SOGOC)	
Privées	Ad Lucem (1 représentant), Réseau Islamique (1 représentant), Privée Laïc (1 représentant),	
Ordres professionnels	4 représentants (Ordres Médecins, Pharmaciens et Paramédicaux, Chirurgiens-Dentistes)	
Sous-secteur privé à but lucratif	1 représentant (Syndicat des Médecins Privés)	
Sous-secteur privé à but non lucratif	2 représentants (OCASC + CEPCA)	
Entreprises privées	1 représentant (représentant du GICAM/Assurances)	
Conseil National de la Jeunesse	1 président	

13.Phase préparatoire

La phase préparatoire prend en compte la préparation des supports de collecte (outils), les supports didactiques (manuel de l'enquêteur, etc.), la formation des enquêteurs ainsi que le pré-test (enquête pilote).

13.1. Préparation des supports de collecte des données primaires

Conformément aux méthodes de collecte des données retenues, plusieurs outils seront élaborés. Il s'agit respectivement des guides de discussion pour les FGD et les GDD et les guides d'entretien pour les entretiens approfondis. Ces outils seront élaborés à l'intention des personnes clés afin de garantir une collecte des données de qualité sur le terrain.

Les thématiques retenues dans le cadre de cette évaluation participative constitueront les principaux points de discussion à partir desquels les informations recherchées seront collectées.

13.2. Formation des enquêteurs

Une session de formation de trois (03) jours pour les enquêteurs aura lieu à Yaoundé. Elle sera animée par une équipe constituée de quatre (04) formateurs. Deux (02) formateurs auront la charge de passer en revue pour le Jour 1 tous les aspects théoriques (présentation du protocole) liés à cette évaluation. Les 02 autres formateurs prendront le relais pour passer au crible fin tous les outils de collecte aux Jours 2 et 3. Ils devront aussi organiser des jeux de rôles de même que le pré-test des outils et des enquêteurs sur le terrain. Trois localités seront retenues pour cette phase du pré-test à savoir : une zone urbaine, une zone semi-urbaine et une zone typiquement rurale. Ces localités de manière nominative seront choisies avant le démarrage de la formation des enquêteurs par les responsables de l'Equipe de recherche. En outre, deux (02) supports didactiques notamment, un manuel de formation et un manuel de l'agent enquêteur seront préalablement élaborés et utilisés comme principaux supports de formation. Le manuel de formation précisera entre autres : le contexte de l'étude, la méthode à adopter sur le terrain, la présentation des différents outils, l'organisation du travail, les règles fondamentales de l'enquête qualitative, les responsabilités administratives et techniques de tous les intervenants dans le cadre de cette recherche.

Le but de cette formation sera d'informer les enquêteurs sur les enjeux sanitaires de cette évaluation participative, sur les contours méthodologiques à respecter dans le cadre de ce travail pour éviter autant que faire se peut, la majorité des biais liés à la collecte des données. Il s'agira précisément de :

- passer en revue et ce de manière détaillée tous les supports de collecte afin de s'assurer de la bonne compréhension par les enquêteurs non seulement des thèmes **évoqués** mais également du contenu global de ces thèmes et des relances à faire pour explorer et obtenir davantage d'informations.
- préciser la stratégie d'enquête et ses différentes approches ;

- présenter l'organisation de l'enquête proprement dite, son calendrier, son système de reporting des données et le système de contrôle à utiliser pour garantir une bonne analyse de contenu.

13.3 Le Pré-test

Un pré-test des outils sera organisé pour tester la validité et la pertinence des thèmes à aborder. Cette activité nous permettra d'éprouver les enquêteurs, les outils élaborés, de corriger les erreurs dissipées, de reformuler certaines questions non encore élucidées et de peaufiner les outils au regard des objectifs spécifiques et méthodes de collecte définitivement arrêtés.

14. Ressources humaines

L'exécution de cette activité sur le terrain devra mobiliser de nombreuses ressources humaines. De manière opérationnelle, il est prévu que dans chaque réunion, l'équipe de collecte puisse mener deux FGD (bénéficiaires du milieu rural/ bénéficiaires du milieu urbain) et un GDD avec les acteurs de mise en œuvre. Pour collecter toutes ces informations, une moyenne de deux (02) jours est nécessaire. Cette opération nécessitera en outre, une équipe de trois (03) enquêteurs : (01 animateur, 02 preneurs de notes parmi lesquels un « souffleur »). Pour réaliser cette collecte des données, 30 enquêteurs qualitatifs seront retenus à raison de 03 par région et un délai minimal de trois jours sera accordé à chaque équipe par région pour boucler les FGD, les GDD et les entretiens approfondis retenus dans le cadre de cette évaluation participative.

Pour garantir la qualité des données collectées, nous préconisons que les enquêteurs qualitatifs soient des socio-anthropologues (niveau Licence au minimum). Ces derniers seront recrutés à partir de Yaoundé sur la base de leur expérience et de leur capacité à conduire des entretiens semi structurés, également dans le souci d'assurer un meilleur suivi des transcriptions intervenant généralement après la collecte des données sur le terrain.

15. Traitement des données

Transcription des données qualitatives

Une fois collectées à travers les dictaphones, les informations recueillies seront transcrites littéralement en tenant compte des règles en matière de transcription. Les informations recueillies seront transcrites et saisies sur le logiciel Word, Police « Times New Roman », taille de la police - 12, intervalle - 1.5 et enregistrées sous RTF⁵⁴ pour les prédisposer à la codification.

Codification des données.

La codification des données qualitatives se fera à l'aide du logiciel Atlas Ti version 6.3. Elle consistera à regrouper toutes les informations recueillies sous certaines thématiques identifiées et renommées en codes. Les données codifiées seront générées conformément à un plan d'analyse

⁵⁴ RTF : Rich text format

préalablement conçu et en respectant les exigences du livre de code qui sera élaboré. Ce travail nécessitera, le recrutement d'un spécialiste pour le traitement des données qualitatives et la production des verbatim qui feront plus tard, l'objet d'analyse de contenu.

16. Rédaction et validation des rapports de l'étude

Elaboration du rapport provisoire de l'étude

Après le traitement et l'analyse des données, un rapport provisoire sera élaboré en fonction des résultats attendus des termes de référence. Ce rapport provisoire servira de support de travail pour l'atelier de restitution.

Un atelier d'une (01) journée sera organisé pour présenter les résultats de l'évaluation participative. Seront présents à cet atelier, les acteurs dont l'implication est nécessaire : les commanditaires, les partenaires associés au projet, les Partenaires Techniques et Financiers et les administrations concernées.

Finalisation du rapport de la mission

A l'issue du travail du consultant, un rapport final sera produit sur support papier et sur support numérique (CD-ROM). Ce rapport final en langue française, contiendra un résumé exécutif.

17. Considérations éthiques

L'équipe de travail veillera au respect de la confidentialité concernant les participants à l'étude. Ceci se fera à travers les mécanismes suivants :

- *l'obtention d'un consentement éclairé des participants ;*
- *le respect de l'anonymat et de la confidentialité des répondants car, il ne sera aucunement fait mention des noms des personnes interrogées lors de l'analyse des données.*

La participation à l'étude sera gratuite. Toutefois, les participants verront leurs frais de transport remboursés et seront pris en charge pendant la durée de l'étude (hébergement et nutrition).

18. Limites de l'étude

La principale limite envisagée dans le cadre de cette étude est liée à la difficulté à satisfaire aux conditions de représentativité des différentes cibles qui seront retenues dans le cadre de la collecte des données.

19. Chronogramme de l'étude et acteurs de mise en œuvre

Tableau 13 : Chronogramme des activités

Tâches	FEVRIER				MARS				AVRIL			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analyse documentaire		■	■	■								
Rédaction des outils			■	■	■							
Formations et pré-test					■							
Collecte des données						■	■					
Traitement des données								■				
Analyse et rédaction du rapport									■	■	■	
Insertion des conclusions dans la SSS											■	

Tableau 14 : Produits à fournir et délais

PRODUITS	DELAIS
méthodologique et présentation des outils	1 semaine après le démarrage
Rapport d'enquête de terrain (compte rendu)	1 semaine après la fin de l'enquête, pas de temps mort
Rapport provisoire d'analyse (résultats bruts et commentaires)	3 semaines après la fin de l'enquête de terrain
Rédaction finale et éléments à insérer dans la SSS	Environ 2 semaines après la fin de l'enquête

Tableau 15 : Composition de l'équipe du projet et termes de référence

Noms et prénoms	Profil	Poste	Nbre	Attributions/TDR
Pr Kingue Dr Matsezou Pr Bisseck	- V-Pdt GTT - Chef du ST-CP/SSS - DROS/MINSANTE	Coordination générale des consultations	03	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la coordination générale du travail - Discuter des orientations méthodologiques avec l'équipe - Appuyer la conception des outils de l'étude (méthodologie, outils d'enquête) - Coordonner l'enquête de terrain, l'analyse et la rédaction du rapport - Superviser les équipes
Experts de la Dross	Experts en recherche opérationnelle (quantitatif et qualitatif)	Coordination technique du projet	05	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer la méthodologie et les outils de collecte - Former les agents enquêteurs - Superviser la collecte des données - Assurer le traitement des données - Analyser et rédiger le rapport

				- <i>Insérer les grandes conclusions dans la SSS</i>
Experts de la DROS, des ministères partenaires, de la société civile	Sociologues	Agents enquêteurs (30 au niveau décentralisé et 06 au niveau central)	10	- <i>Participer à la formation sur la méthodologie et les objectifs</i> - <i>Collecter les données sur le terrain</i> - <i>Saisir les données</i> - <i>Assurer le 1^{er} niveau de traitement de données</i>
	Anthropologues		10	
	Responsables administratifs du Secteur		10	

Tableau 16 : Budget prévisionnel

Activités	CU	Participants	Jours	Régions	Total
Organiser un atelier résidentiel de deux jours pour la revue documentaire et la rédaction du protocole des évaluations participatives				1	
Organiser un atelier résidentiel de 3 jours pour la formation de 26 enquêteurs au niveau central				1	
Organiser une session de briefing d'une demi-journée dans dix régions sanitaires			1	10	
Organiser un atelier Régional de deux jours pour la collecte des données regroupant 27 acteurs de mise en œuvre	*	26	2	10	
Organiser un atelier d'une journée pour les focus group discussion regroupant 25 bénéficiaires par région	*	24	1	10	
Assurer la prise en charge des enquêteurs nationaux pendant trois jours		20	4	10	
Mener des supervisions et des évaluations participatives				1	
Organiser un atelier non résidentiel de trois jours pour l'analyse des données et de rédaction du rapport final				/	
Matériels				/	

* Déterminer le coût unitaire moyen d'un atelier régional par participant (inclus transport, nutrition, matériels...)

Le budget détaillé de ces évaluations participatives est joint en annexe.

20. Outil de collecte 1 : Guide de discussion pour les FGD

Cibles : Bénéficiaires des interventions de santé

Thèmes à aborder :

Perceptions des bénéficiaires sur la mise en œuvre des interventions de santé de la SSS 2001- 2015 (Aux enquêteurs)

Elles seront captées en passant en revue les O4 domaines de la SSS échue. Dans chaque domaine, on demandera toujours à l'interviewé, de ressortir les principaux problèmes, leurs causes, les mesures locales prises pour juguler ou gérer ces problèmes, les difficultés rencontrées dans la résolution de ces problèmes, les attentes, craintes, propositions à prendre en compte lors de l'élaboration de la nouvelle stratégie.

- 1 Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ;***
- 2 Promotion de la santé (Eau, hygiène et assainissement, Diarrhées, Paludisme, Alimentation et nutrition, Obésité, Malnutrition, Mobilité et transport en milieu urbain, Hypertension, diabète, AVC)***
- 3 Pratiques néfastes pour la santé***
- 4 Déterminants socioculturels de la maladie***
- 5 Informations sur les interventions majeures de santé***
- 6 Lutte contre la maladie (prévention et prise en charge) :***
- 7 Actions communautaires de prévention de la maladie***
- 8 Actions communautaires menées***
- 9 Moyens utilisés***
- 10 Appuis reçus et partenaires mobilisés***
- 11 Attentes, craintes, perspectives en matière de prévention pour la nouvelles SSS***
- 12 Viabilisation du district de santé :***
 - Degré de satisfaction des bénéficiaires***
 - Renforcement du système de santé***
 - Gouvernance des hôpitaux (Corruption, qualité des prestations***
 - Participation communautaire (cogestion, co-financement)***

21. Outil de collecte 2 : Guide de discussion pour les GDD

Cibles : Acteurs de mise en œuvre au niveau régional et opérationnel

Thèmes à aborder :

Prescriptions aux enquêteurs

Les informations seront captées en passant en revue les O4 piliers de la SSS échue. A chaque pilier et sous composante, on demandera toujours à l'interviewé de ressortir, les principaux problèmes, les causes, les mesures locales prises pour juguler ou gérer les problèmes, les problèmes rencontrés dans la résolution de ce problème, les apports de l'Etat et des PTF potentiellement, les attentes, craintes, propositions à prendre en compte lors de l'élaboration de la nouvelle stratégie

- *Identification des informateurs*
- *Evaluation de la stratégie échéante*
 - *Disponibilité du document (SSS)*
 - *Utilisation effective de la SSS échue (Finalités, activités identifiées)*
 - *Niveau de connaissance des acteurs des interventions prioritaires de la SSS 2001-2015 ;*
 - *Problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre de la précédente SSS dans les thématiques suivantes :*
 - *Promotion de la santé*
 - *Prévention de la maladie*
 - *Prise en charge des cas*
 - *La qualité de l'offre des soins*
 - *Disponibilité des médicaments*
 - *Plateau technique (RH, matériel et logistique, infrastructure)*
 - *Circuit du malade*
 - *Accueil*
 - *Organisation des services de prise en charge*
 - *Suivi des interventions de santé*
- - *Le degré de satisfaction des acteurs de mise en œuvre de la SSS*
 - *Conditions de travail*
 - *Charge de travail*
 - *Motivation du personnel de santé*
 - *le coût des prestations offertes*
 - *relations soignant –soigné*
 - *itinéraire thérapeutique*
 - *gestion des ressources humaines*

- *Renforcement du système de santé*
 - *Gouvernance des hôpitaux (Corruption, qualité des prestations)*
 - *Participation communautaire (cogestion, co-financement)*
 - *Accessibilité aux soins et services de santé*
 - *Processus gestionnaire*
 -
 - *Perceptions des acteurs sur les thématiques transversales*
 - *Accès universel (perceptions, organisations locales, attentes, craintes et vision)*
 - *Mesures d'exemption*
 - *Décentralisation (organisation locales, attentes, craintes, perspectives et vision)*
 - *Actions proposées*
 - *Perspectives et recommandations pour la SSS post 2015*
 -

22. Outils de collecte 3 : Guide d'entretien

Interview des acteurs de mise en œuvre de la SSS au niveau Central et des PTF

Thèmes à aborder :

Les acteurs concernés seront interviewés par une équipe constituée des personnels identifiés par la DROS et le ST-CP/SSS, en prenant en compte les items de discussion suivants :

- *Gouvernance et gestion/pilotage stratégique du secteur ;*
- *Rôles et responsabilités dans le secteur de la Santé ;*
- *Décentralisation et mise en œuvre de la politique de santé ;*
- *Financement de la santé ;*
- *Modalité d'offre de services, infrastructures et équipement ;*
- *Pharmacie et laboratoire ;*
- *Information sanitaire et recherche opérationnelle ;*

MATRICE QUESTIONNAIRE DU NIVEAU CENTRAL

	Quels sont d'après vous les principaux problèmes liés à l'organisation de l'offre de santé dans votre localité ? (région, District, Aire de Santé)	D'après vous, quelles sont les causes de ces problèmes ?	Quelles sont les réponses locales que vous suggérez ?	Que pouvez-vous faire de plus pour améliorer la situation ?	Quel type d'accompagnement avez-vous reçu ? Et de quels partenaires ?	De quoi avez-vous encore besoin pour une offre de soins et services de qualité optimale ?
Gouvernance et gestion						
Pilotage stratégique du secteur						
Décentralisation et mise en œuvre de la politique de santé						
Ressources financières						
Infrastructures et équipements						
Pharmacie et laboratoire						
Information sanitaire et recherche opérationnelle						

MATRICE QUESTIONNAIRE DU NIVEAU REGIONAL ET PERIPHERIQUE

	Quels sont d'après vous les principaux problèmes liés à l'organisation de l'offre de santé dans votre structure ?	D'après vous, quelles sont les causes de ces problèmes ?	Quelles sont les réponses locales que vous (préconisez) avez trouvé face à ces problèmes ?	Que pouvez-vous faire de plus pour améliorer la situation ?	Quel type d'accompagnement avez-vous reçu ? Et de quels partenaires ?	De quoi avez-vous encore besoin pour une offre de soins et services de qualité optimale ?
Documents stratégiques et normatifs						
Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent						
Promotion de la santé						
Lutte contre la maladie						
Infrastructures et équipements						
Médicaments et laboratoire						
Information sanitaire et recherche opérationnelle						
Offre de service						
Viabilisation du district						

Liste des contributeurs

Contributeurs	Institutions/Fonctions
REDACTION DES DRAFTS INITIAUX, CAPITALISATION, HARMONISATION ET SYNTHÈSE DES CONTRIBUTIONS, REDACTION DE LA VERSION FINALE	
COMITE DE RELECTURE	
M. NDOUGSA E. Guy Roger	Personne-ressource
Dr OPUTE NJAMBE Emmanuel	Personne-ressource
M. MFOUAPON Hénoch	CPP/MINSANTÉ
ACCOMPAGNEMENT TECHNIQUE ET METHODOLOGIQUE	
M. NGUETSE Pierre	MINEPAT
M. NEUGUEM Éric	MINEPAT
Dr NISSACK Françoise	OMS
Dr EMAH Irène	OMS
M. TINDJOU N. Robert	Consultant national
Dr NGUFOR Francis	Consultant national
CONTROLE DE LA QUALITE DES DONNEES	
M. LIBITE Roger	INS
M. NGUETSOP Paul	INS
EXPERTS ET PERSONNES RESSOURCES	
Pr BISSECK Anne	MINSANTÉ/DROS
Pr BIWOLE SIDA	MINSANTÉ
Pr ESSOMBA Arthur	MINSANTÉ/DOSTS
Pr KINGUE Samuel	MINSANTÉ/DRH
Dr LOUDANG Marlyse	MINSANTÉ/IGSPL
Dr VAILAM	MINSANTÉ/IGSA
Dr AMESSE François	MINSANTE/ISMP
Dr CHEUMAGA	MINSANTÉ/DPS
Dr ETOUNDI MBALLA	MINSANTÉ/DLMPEP
Dr FIFEN ALASSA	Coordonnateur ONSP
Dr NDAM Pauline	MINSANTE/ISPL
M AWONO Sylvain	MINSANTÉ/DEP
Dr AKWE Samuel	MINSANTÉ/DOSTS
Dr BAHANACK Alex	MINSANTE/DAJC
Dr CHIA Marie	PNLMMNI
Dr DEHAYEM	HCY
Dr DEMPOUO Lucienne	MINSANTÉ/DLMPEP
Dr EBENE	MINSANTÉ/DLM
Dr KOBELA	GTC-PEV
Dr MANGA Engelbert	MINSANTE/DCOOP
Dr MOLUH Seidou	MINSANTÉ/DSF
Dr NGOMBA Armelle	GTC/PEV
Dr NKWESCHE Armand	MINSANTE/DROS
Dr NOMZO'O Etienne	MINSANTÉ/DLMPEP

EXPERTS ET PERSONNES RESSOURCES	
Dr NTONE Félicien	MINSANTÉ/DPS
Dr NTONE ENYIME Félicien	MINSANTÉ
Dr OKALA Raphael	UC-SWAP
Dr ONAMBANI Benjamin	MINSANTE/DROS
Dr ONAMBANY	MINSANTE/DROS
Dr SALIHOU SADOU	MINSANTE/DPML
Dr SEUKAP Élise	MINSANTÉ/DLMPEP
Dr YONDO David	CPDBPS
Dr ZE KAKANOU Florence	MINSANTE/DLMPEP
Dr YAMBA Martin	DRSP Littoral
Dr FON Mathilda Epse MANJO	DRSP Nord-Ouest
Dr YAYA Souleymanou	DRSP Nord
Dr DJAO Rebecca	DRSP Extrême Nord
Dr HAMADJICKO Harouna	DRSP Adamaoua
Dr MOUSSI Charlotte	DRSP Centre
Dr BIDJANG Robert Mathurin	DRSP Est
Dr SALIFOU MOUNPEN	DRSP Ouest
Dr AMESSE Francois Vincent de Paul	DRSP Sud
Dr MBOME NIJE Victor	DRSP Sud-Ouest
M NGOA MBIA	PERSONNE RESSOURCE
M. BELA Achille	MINSANTE/DRH
M. BETSI Emmanuel	MINSANTE/DRSO
M. KAMENI LELE	MINSANTÉ/CIS
M. KANA Paul	MINSANTÉ/DPS
M. KONDJI Dominique	ACASAP
M. MAINA DJOULDE	MINSANTE/DCOOP
M. MANGA Blaise (DPS)	MINSANTÉ
M. NDAMCHEU Duvalier	PRESSE JEUNE
M. PACTSE NGADE Jean	MINSANTE/CIS
Mme KENFACK TOLEVI	OFSAD
M. TALLA FONGANG Cyrille	MINSANTE/CIS
M.SIBEUTCHEU	Personne ressource
M. TCHETMI Thomas	ONUSIDA
M. ZINGA Severin	MINSANTE/DRH
M.ENGOLA Bertrand	MINJEC
Mme MEDJA Chanty Violette	MINESUP
Pr MONEBENIMP Francisca	MINESUP
Mme TIWODA Christie	ONSP
Dr NDI Francis	MINJUSTICE
Dr NGALLY Isaac	Clinique le Bon Berger
Dr BIDZOGO	FALC
Dr BASSONG Olga	Pers. Ressource
Dr BELINGA	MINSANTE/DOSTS
Dr BESHIR	UNICEF
M. ATANGANA	MINCOM
Dr NGUM Belize	UNICEF
Dr SHARIF Egal	UNFPA
Dr NSANGOU	MINESEC

M. EBAL MINYE Edmond	MINSEP
Dr WANGMENE	MINDEF
M DASSI Nicholas	MINTSS
M. AKEUM Pierre	PERS. RESSOURCE.
Mme TOUBIOU	MINJEC
M. ESSOBE John	CEPCA

